

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL FENOTÍPICO E DESFECHOS CLÍNICOS DA DOENÇA DE CROHN EM SANTA CATARINA, BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL**PHENOTYPIC PROFILE AND CLINICAL OUTCOMES OF CROHN'S DISEASE IN SANTA CATARINA, BRAZIL: CROSS-SECTIONAL STUDY**Gabriel Pettenon Gubert¹João Pedro Kern Alves¹Marcos Henrique da Silva Mezzari¹Vinicius Kenji Koura¹Helena Vitali Gava²Cíntia Scherer³DOI: <https://doi.org/10.63845/hk73dm91>**RESUMO**

Introdução: A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal crônica com curso clínico heterogêneo e potencial para complicações estruturais e manifestações extraintestinais. Dados regionais sobre seu perfil fenotípico e desfechos clínicos no estado de Santa Catarina ainda são escassos. **Objetivo:** Descrever o perfil fenotípico, as complicações e os fatores associados à atividade da doença em pacientes com doença de Crohn em Santa Catarina. **Métodos:** Estudo transversal analítico realizado entre março e junho de 2025, com 83 pacientes adultos com diagnóstico de Crohn, recrutados por questionário online validado. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, clínicas, terapêuticas e de hábitos de vida. A atividade da doença foi avaliada pelo Índice de Harvey-Bradshaw (HBI). Análises estatísticas incluíram frequências, testes qui-quadrado e regressão logística. **Resultados:** Predominância do sexo feminino (78,3%) e faixa etária de 20–39 anos (59,0%). Complicações estruturais foram registradas em 55,4% dos casos, sendo fístulas (37,3%) e abscessos (18,1%) as mais frequentes. Manifestações extraintestinais ocorreram em 72,3%, com destaque para artralgia (61,4%). Atividade moderada/grave (HBI ≥ 8) foi observada em 42,1% dos pacientes e associada significativamente ao tabagismo ativo (p-valor=0,017), sono ruim (p-valor=0,006), ausência de atividade física (p-valor=0,034) e uso de corticoides (p-valor<0,001). O uso de biológicos mostrou efeito protetor (p-valor=0,007). **Conclusão:** Pacientes com doença de Crohn em Santa Catarina apresentam elevada carga de complicações e atividade da doença associada a fatores comportamentais e terapêuticos modificáveis. Os achados reforçam a necessidade de abordagens integradas e políticas regionais voltadas ao manejo precoce e multidisciplinar.

Descritores: Doença de Crohn; Fenótipo; Complicações; Doenças Inflamatórias Intestinais; Santa Catarina.

¹ Acadêmico do curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Araranguá, SC, Brasil.

² Médica formada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Araranguá, SC, Brasil.

³ Médica gastroenterologista e professora do curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Araranguá, SC, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Crohn's disease is a chronic inflammatory bowel disease with a heterogeneous clinical course and potential for structural complications and extraintestinal manifestations. Regional data on its phenotypic profile and clinical outcomes in the state of Santa Catarina, Brazil, are scarce. **Objective:** To describe the phenotypic profile, complications, and factors associated with disease activity in patients with Crohn in Santa Catarina. **Methods:** Analytical cross-sectional study conducted between March and June 2025, with 83 adult patients diagnosed with Crohn's disease, recruited via a validated online questionnaire. Sociodemographic, clinical, therapeutic, and lifestyle variables were collected. Disease activity was assessed using the Harvey-Bradshaw Index (HBI). Statistical analyses included frequencies, chi-square tests, and logistic regression. Results: Female predominance (78.3%) and age group 20–39 years (59.0%) were observed. Structural complications were reported in 55.4% of cases, with fistulas (37.3%) and abscesses (18.1%) being the most frequent. Extraintestinal manifestations occurred in 72.3%, notably arthralgia (61.4%). Moderate/severe activity ($HBI \geq 8$) was present in 42.1% of patients and significantly associated with active smoking (p -value=0.017), poor sleep (p -value=0.006), lack of physical activity (p -value=0.034), and corticosteroid use (p -value<0.001). Biological therapy showed a protective effect (p -value=0.007). **Conclusion:** Patients with Crohn's disease in Santa Catarina have a high burden of complications and disease activity associated with modifiable behavioral and therapeutic factors. These findings reinforce the need for integrated approaches and regional policies focused on early and multidisciplinary management.

Keywords: Crohn's Disease; Phenotype; Complications; Inflammatory Bowel Diseases; Santa Catarina.

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn é uma das principais doenças inflamatórias intestinais, caracterizada por inflamação transmural, descontínua, capaz de acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal¹. Seu curso clínico é marcado por períodos de remissão e exacerbação, frequentemente associados a complicações estruturais, como fístulas, abscessos e estenoses, além de manifestações extraintestinais que ampliam o impacto funcional e a morbidade relacionada¹⁻³.

Nas últimas décadas, observa-se um aumento progressivo na incidência do Crohn, particularmente em países em desenvolvimento que passam por processos de ocidentalização. No Brasil, a região Sul destaca-se com as maiores taxas de prevalência, refletindo influências genéticas, ambientais e comportamentais ainda em estudo²⁻⁴. Contudo, dados epidemiológicos regionais detalhados – especialmente para o estado de Santa Catarina – permanecem limitados, dificultando a compreensão do perfil fenotípico local, das complicações predominantes e dos fatores associados à atividade da doença³.

O conhecimento das características fenotípicas e dos desfechos clínicos da doença de Crohn é fundamental para o planejamento de estratégias de manejo direcionadas, redução de morbidade, prevenção de danos estruturais e melhoria da qualidade de vida dos pacientes⁵. Estudos nacionais têm demonstrado heterogeneidade na apresentação clínica e na resposta terapêutica, reforçando a necessidade de investigações regionais que considerem particularidades sociodemográficas e de acesso à saúde⁶⁻⁷.

Diante da escassez de dados epidemiológicos detalhados para o estado de Santa Catarina, este estudo transversal tem como objetivo descrever o perfil fenotípico, a frequência de complicações e os

fatores associados à atividade da doença em pacientes com doença de Crohn residentes no estado. Com base na literatura, hipotetiza-se que: (a) a atividade moderada/grave estará associada a fatores comportamentais negativos (tabagismo, sedentarismo, sono inadequado) e ao uso de corticosteroides; e (b) o uso de terapia biológica estará associado a menor atividade da doença.

Os resultados visam subsidiar a elaboração de protocolos clínicos regionalizados e políticas públicas voltadas ao diagnóstico precoce e ao manejo integral dessa condição crônica.

MÉTODOS

Delineamento e contexto

Estudo transversal, analítico e descritivo, conduzido entre março e junho de 2025, com pacientes adultos diagnosticados com doença de Crohn e residentes no estado de Santa Catarina, Brasil.

População e amostra

Foram incluídos 83 pacientes com diagnóstico confirmado de doença de Crohn, estabelecido por critérios clínicos, endoscópicos, radiológicos e/ou histopatológicos, conforme prática clínica habitual. O recrutamento foi realizado por amostragem não probabilística por conveniência, por meio de divulgação em grupos de apoio online e instituições de saúde parceiras. O tamanho amostral foi estimado para uma população finita. Considerando uma população estimada de 2.000 pacientes com doença de Crohn no estado de Santa Catarina (com base em dados de prevalência nacional projetados para a região Sul)⁸, uma prevalência esperada de atividade moderada/grave de 50% (para maximizar o tamanho amostral), um erro amostral de 7,5% e um nível de confiança de 95%, o n mínimo calculado foi de 78 pacientes. Foram incluídos 83 participantes.

Coleta de dados e instrumentos

A coleta foi realizada por questionário estruturado online, previamente validado quanto ao conteúdo e clareza por gastroenterologista experiente, e submetido a pré-teste com 12 pacientes. O instrumento incluiu:

- Variáveis sociodemográficas: gênero, idade, município de residência, escolaridade.
- Características clínicas: tempo desde o diagnóstico, histórico familiar de doença inflamatória intestinal, complicações estruturais (fístulas, abscessos) e manifestações extraintestinais (artralgia, eritema nodoso, úlceras aftoides, pioderma gangrenoso).
- Sintomas e atividade da doença: dor abdominal, sangramento retal, muco nas fezes, número de evacuações líquidas diárias. A atividade da doença de Crohn foi avaliada pelo Índice de Harvey-Bradshaw (HBI)⁹, adaptado para autorrelato, com escores <5 indicando remissão, 5–7 atividade leve e ≥ 8 atividade moderada a grave.
- Tratamento: uso atual de medicações (corticoides, imunossupressores, biológicos), adesão terapêutica (dicotomizada em “adequada” ou “não adequada”).

- Hábitos de vida: tabagismo, consumo de álcool, prática de atividade física, padrão de sono, alimentação.

'Atividade física regular' foi definida como a prática de ≥ 150 minutos de exercícios de intensidade moderada por semana. 'Sono ruim/muito ruim' foi autorrelatado pelo paciente em uma escala Likert de 5 pontos (muito ruim a muito bom)¹⁰. 'Aderência adequada' foi definida como o autorrelato de tomar $>80\%$ das medicações prescritas no último mês, conforme validado em estudos prévios com pacientes crônicos. O Índice de Harvey-Bradshaw (HBI) foi adaptado para autorrelato a partir da versão clínica padrão, com instruções claras para o paciente sobre como quantificar sintomas, como sua utilização já realizada em estudos brasileiros⁹.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº 7.464.746, de 26/03/2025). Todos os participantes assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A confidencialidade dos dados foi garantida, com armazenamento seguro e anonimato.

Análise estatística

As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e percentuais. Para análise de associações entre atividade da doença ($\text{HBI} \geq 8$) e variáveis explicativas, utilizou-se o teste qui-quadrado. Um modelo de regressão logística multivariada (método *Enter*) foi construído para identificar fatores independentemente associados à atividade moderada/grave ($\text{HBI} \geq 8$). Foram incluídas no modelo todas as variáveis que apresentaram $p\text{-valor} < 0,20$ na análise bivariada. A adequação do modelo final foi verificada, e não foram observados problemas de multicolinearidade entre as variáveis preditoras ($\text{VIF} < 5$ para todas). O nível de significância adotado foi $p\text{-valor} < 0,05$. As análises foram realizadas no software Stata 14.2.

RESULTADOS

Foram incluídos 83 pacientes com Doença de Crohn, com média de idade de 34,2 anos ($\text{DP} \pm 11,8$). A maioria era do sexo feminino (78,3%) e encontrava-se na faixa etária de 20–39 anos (59,0%). Quanto à escolaridade, 62,7% possuíam ensino superior completo. O tempo de diagnóstico superior a cinco anos foi observado em 55,4% dos casos, e 19,3% relataram histórico familiar de doenças inflamatórias intestinais.

A distribuição geográfica mostrou concentração em grandes centros urbanos: Joinville (21,7%), Florianópolis (15,7%), Blumenau (10,8%) e Criciúma (9,6%), mas também foram registrados casos em municípios de menor porte.

Atividade da doença e fatores associados

A avaliação pela atividade da doença pelo HBI revelou que 42,1% (35/83) dos pacientes apresentavam atividade moderada a grave ($\text{HBI} \geq 8$). A Tabela 1 compara as características dos pacientes estratificados por atividade da doença. Na análise bivariada, a atividade moderada/grave ($\text{HBI} \geq 8$) apresentou associação estatisticamente significativa com: tabagismo ativo ($p\text{-valor}=0,034$), relato de sono ruim/muito ruim ($p\text{-valor}=0,012$), uso atual de corticosteroides ($p\text{-valor}<0,001$) e esteve inversamente associada ao uso de terapia biológica ($p\text{-valor}=0,016$). A ausência de atividade física regular apresentou uma tendência à associação ($p\text{-valor}=0,069$).

Complicações e manifestações extraintestinais

Complicações estruturais foram relatadas por 55,4% dos pacientes, destacando-se fístulas (37,3%) e abscessos (18,1%). Manifestações extraintestinais ocorreram em 72,3% da amostra, com predominância de artralgia (61,4%), seguida por fissura anal (32,5%) e úlceras aftoides (26,5%). A Tabela 2 sumariza as complicações observadas.

No modelo de regressão logística ajustado (Tabela 3), mantiveram-se como fatores independentes para atividade moderada/grave: tabagismo ativo ($\text{OR}=2,88$; $\text{IC95\% } 1,21\text{--}6,89$), sono ruim ($\text{OR}=2,41$; $\text{IC95\% } 1,28\text{--}4,53$), ausência de atividade física ($\text{OR}=1,92$; $\text{IC95\% } 1,05\text{--}3,51$) e uso de corticoides ($\text{OR}=3,74$; $\text{IC95\% } 1,85\text{--}7,53$). O uso de biológicos apresentou efeito protetor ($\text{OR}=0,41$; $\text{IC95\% } 0,21\text{--}0,78$).

Tratamento e adesão

A maioria dos pacientes (95,2%) estava em uso de terapia medicamentosa. Os fármacos mais utilizados foram adalimumabe (38,0%), infliximabe (35,4%) e azatioprina (30,4%). A adesão foi considerada adequada em 85,5% dos casos. Aproximadamente 16,4% relataram atrasos no recebimento de medicações pelo sistema público.

Hábitos de vida

Quanto aos hábitos, 7,2% eram tabagistas ativos, 53,0% não consumiam bebidas alcoólicas, 37,3% não praticavam atividade física regular e 38,6% referiram padrão de sono regular ou bom.

DISCUSSÃO

Este estudo descreve o perfil fenotípico e os desfechos clínicos de pacientes com Doença de Crohn em Santa Catarina, destacando elevada frequência de complicações estruturais e extraintestinais, além de fatores comportamentais e terapêuticos associados à atividade da doença.

A predominância feminina (78,3%) e a concentração etária entre 20–39 anos estão alinhadas com dados epidemiológicos internacionais e nacionais recentes^{11–13}. No entanto, a proporção de mulheres foi superior à observada em estudos de base populacional brasileiros (55–60%)⁸,

possivelmente refletindo maior engajamento feminino em grupos de apoio e pesquisas online – viés comum em estudos com recrutamento digital.

A elevada prevalência de complicações estruturais, especialmente fístulas (37,3%) e abscessos (18,1%), é consistente com registros europeus e norte-americanos, que variam entre 20–40% para fístulas e 10–20% para abscessos^{11–12}. Esses achados reforçam a natureza transmural da doença de Crohn e a importância do controle inflamatório precoce para prevenir danos irreversíveis¹⁴.

Manifestações extraintestinais, particularmente artralgia (61,4%), foram mais frequentes do que em algumas séries internacionais (20–40%)¹⁴, o que pode estar relacionado ao método de autorrelato, mas também reflete o caráter sistêmico da doença e a necessidade de abordagem multidisciplinar.

A atividade moderada/grave da doença esteve significativamente associada a tabagismo ativo, sono ruim, sedentarismo e uso de corticoides – fatores modificáveis que devem ser alvo de intervenções no manejo clínico¹⁵. O tabagismo é reconhecido como fator de pior prognóstico na doença de Crohn, influenciando a resposta imune e a permeabilidade intestinal^{15–17}. A associação com distúrbios do sono ressalta a interação bidirecional entre atividade inflamatória e qualidade de vida, reforçando a importância da avaliação de comorbidades psiquiátricas e do sono nessa população^{15–17}.

O uso de corticoides como marcador de atividade reflete a necessidade de terapia de resgate em crises, enquanto o efeito protetor dos biológicos corrobora a eficácia dessas terapias no controle inflamatório e na prevenção de complicações¹⁵. No entanto, o acesso a medicamentos biológicos ainda é desigual no Brasil, especialmente em regiões com menor infraestrutura de saúde.

Os mecanismos que podem explicar essas associações são multifatoriais. O tabagismo, por exemplo, induz estresse oxidativo e altera a composição da microbiota intestinal, potencializando a resposta inflamatória^{18–20}. Distúrbios do sono estão ligados à desregulação do eixo HPA e aumento de citocinas pró-inflamatórias, como IL-6 e TNF- α , que podem exacerbar a atividade da doença de Crohn¹⁸. Por outro lado, a atividade física regular parece modular positivamente a inflamação através da liberação de miocinas anti-inflamatórias^{19–20}.

As limitações do estudo incluem o delineamento transversal, que impede inferências de causalidade, e o viés de seleção inerente ao recrutamento online, que pode superestimar pacientes mais engajados e com maior escolaridade. Pacientes muito graves ou com baixa literacia digital podem ter sido sub-representados. Apesar disso, este é um dos primeiros estudos a caracterizar detalhadamente a população com doença de Crohn em Santa Catarina, fornecendo subsídios para políticas regionais.

Os achados possuem implicações diretas para a prática clínica e gestão em saúde em Santa Catarina. Para os clínicos, destacam a necessidade de rotineiramente avaliar e documentar hábitos de vida (tabagismo, sono, exercício) na consulta, integrando essas informações ao plano terapêutico. Para os gestores, os dados apontam para a necessidade de políticas que garantam o acesso estável e precoce à terapia biológica, que se mostrou protetora, e que fomentem programas de suporte multidisciplinar (com nutrição, psicologia e educação física) voltados para pacientes com doença de Crohn no SUS e na rede privada estadual.

CONCLUSÃO

Pacientes com Doença de Crohn em Santa Catarina apresentam perfil fenotípico semelhante ao descrito internacionalmente, com alta frequência de complicações estruturais e extraintestinais. A atividade da doença associou-se independentemente a fatores comportamentais (tabagismo, sedentarismo, sono ruim) e terapêuticos (uso de corticoides), enquanto a terapia biológica mostrou efeito protetor.

Os resultados reforçam a necessidade de estratégias regionais integradas, incluindo diagnóstico precoce, abordagem multidisciplinar, promoção de hábitos saudáveis e garantia de acesso a terapias avançadas. Estudos longitudinais são recomendados para avaliar a evolução clínica e o impacto de intervenções direcionadas nessa população.

REFERÊNCIAS

1. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. **Crohn's disease**. Lancet. 2017;389(10080):1741-55.
2. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. **Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies**. Lancet. 2018;390(10114):2769-78.
3. De Simone B, Abu-Zidan FM, Chouillard E, Di Saverio S, Sartelli M, Ten Broek RPG, et al. **WSES-AAST guidelines: management of inflammatory bowel disease in the emergency setting**. World J Emerg Surg. 2021;16(1):23.
4. da Luz Moreira A, de Camargo MGN, Muzy de Souza G, Bernardazzi C, de Souza HSP. **Geosocial features and loss of biodiversity underlie variable rates of inflammatory bowel disease in a large developing country: a population-based study**. Inflamm Bowel Dis. 2022;28(11):1696-708.
5. Peyrin-Biroulet L, Sandborn W, Sands BE, Reinisch W, Bemelman W, Bryant RV, et al. **Selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE): determining therapeutic goals for treat-to-target**. Am J Gastroenterol. 2015;110(9):1324-38.
6. Selvaratnam S, Gullino S, Shim L, Lee E, Paramsothy S, Leong RW. **Epidemiology of inflammatory bowel disease in South America: A systematic review**. World J Gastroenterol. 2019;25(47):6866-75.
7. Victoria CR, Sasaki LY, Nunes HR. **Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil**. Arq Gastroenterol. 2009;46(1):20-5.
8. Renuzza SSS, Vieira ER, Cornel CA, Lima MN, Ramos Junior O. **Incidence, prevalence, and epidemiological characteristics of inflammatory bowel diseases in the state of Paraná in Southern Brazil**. Arq Gastroenterol. 2022;59(3):327-33.

9. Cagliari BF, Da Rocha FC, Skare TL. **Análise da qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal utilizando o questionário SF-12: As influências do tratamento, manifestações extra intestinais, perfil epidemiológico e índice de Harvey-Bradshaw.** Rev Méd Paraná. 2017;75(2):9-16.
10. Freitas AMC, Araújo TMD, Pinho PDS, Sousa CC, Oliveira PCS, Souza FDO. **Qualidade do sono e fatores associados entre docentes de educação superior.** Rev Bras Saúde Ocup. 2021;46:e2.
11. Caron B, Honap S, Peyrin-Biroulet L. **Epidemiology of inflammatory bowel disease across the ages in the era of advanced therapies.** J Crohns Colitis. 2024;18(1):5-16.
12. Balderramo D, Quaresma AB, Olivera PA, Juliao F, Aguilera CG, Parra-Blanco A, et al. **Challenges in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease in Latin America.** Lancet Gastroenterol Hepatol. 2024;9(1):65-78.
13. Lin D, Jin Y, Shao X, Chen T, Wang J, He W, et al. **Global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease, 1990-2021: Insights from the global burden of disease 2021 study.** Int J Colorectal Dis. 2024;39(1):12.
14. Buie MJ, Quan J, Windsor JW, Coward S, Hansen TM, King JA, et al. **Global hospitalization trends for Crohn's disease and ulcerative colitis in the 21st century: A systematic review with temporal analyses.** Clin Gastroenterol Hepatol. 2023;21(3):580-91.e7.
15. Lichtenstein GR, Loftus EV, Afzali A, Cross RK, Parakkal D, Pardi DS, et al. **ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults.** Am J Gastroenterol. 2025;120(1):1-30.
16. Ananthakrishnan AN, Kaplan GG, Bernstein CN, Burke KE, Lochhead PJ, Sasson AN, et al. **Lifestyle, behaviour, and environmental modification for the management of patients with inflammatory bowel diseases: an International Organization for Study of Inflammatory Bowel Diseases consensus.** Lancet Gastroenterol Hepatol. 2022;7(7):666-78.
17. Alexakis C, Saxena S, Chhaya V, Cecil E, Majeed A, Pollok R. **Smoking status at diagnosis and subsequent smoking cessation: associations with corticosteroid use and intestinal resection in Crohn's disease.** Am J Gastroenterol. 2018;113(11):1689-700.
18. Mauduit A, Mas E, Solà-Tapias N, Ménard S, Barreau F. **Main genetic factors associated with inflammatory bowel diseases and their consequences on intestinal permeability: involvement in gut inflammation.** J Gastroenterol. 2025;60(1):1-16.
19. Buttó LF, Schaubek M, Haller D. **Mechanisms of microbe-host interaction in Crohn's disease: dysbiosis vs. pathobiont selection.** Front Immunol. 2016;7:455.
20. Chang JT. Pathophysiology of Inflammatory Bowel Diseases. N Engl J Med. 2020;383(27):2652-64.

TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com Doença de Crohn em Santa Catarina, estratificadas por atividade da doença (Harvey-Bradshaw Index – HBI).

Variável	Total (n=83)	HBI < 8 (n=48)	HBI ≥ 8 (n=35)	p-valor
Idade, anos (média ± DP)	34,2 ± 11,8	35,8 ± 12,1	32,1 ± 11,2	0,154*
Sexo feminino, n (%)	65 (78,3)	36 (75,0)	29 (82,9)	0,394
Faixa etária 20-39 anos, n (%)	49 (59,0)	26 (54,2)	23 (65,7)	0,296
Ensino Superior completo, n (%)	52 (62,7)	33 (68,8)	19 (54,3)	0,176
Tempo diagnóstico >5 anos, n (%)	46 (55,4)	28 (58,3)	18 (51,4)	0,526
Histórico familiar de DII, n (%)	16 (19,3)	8 (16,7)	8 (22,9)	0,480
Tabagista ativo, n (%)	6 (7,2)	1 (2,1)	5 (14,3)	0,034
Sem atividade física regular, n (%)	31 (37,3)	14 (29,2)	17 (48,6)	0,069
Sono ruim/muito ruim, n (%)	51 (61,4)	24 (50,0)	27 (77,1)	0,012
Uso atual de corticosteroides, n (%)	28 (33,7)	9 (18,8)	19 (54,3)	<0,001
Uso de terapia biológica, n (%)	59 (71,1)	39 (81,3)	20 (57,1)	0,016

*Teste t de Student; demais: Teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2. Prevalência de complicações e manifestações extraintestinais em pacientes com Doença de Crohn (n=83). Santa Catarina, 2025.

Complicações Estruturais	n	%
Fístulas	31	37,3
Abscessos	15	18,1
Ambas (fístula + abscesso)	8	9,6
Nenhuma	37	44,6

Manifestações Extraintestinais	n	%
Artralgia	51	61,4
Fissura anal	27	32,5
Úlceras aftoides	22	26,5
Eritema nodoso	10	12,0
Pioderma gangrenoso	7	8,4
Nenhuma	23	27,7

Tabela 3. Fatores associados à atividade moderada/grave da Doença de Crohn (HBI ≥ 8). Análise de regressão logística multivariada (n=83).

Fator	OR ajustada	IC95%	p-valor
Tabagismo ativo	2,88	1,21–6,89	0,017
Sono ruim/muito ruim	2,41	1,28–4,53	0,006
Ausência de atividade física	1,92	1,05–3,51	0,034
Uso atual de corticoides	3,74	1,85–7,53	<0,001
Uso de terapia biológica	0,41	0,21–0,78	0,007