



Dados que salvam vida

o que a vigilância epidemiológica nos mostra sobre a violência autoprovocada

Msc Monique Meneses D'Avila

Responsável Técnica pelo Agravo Violência Interpessoal Autoprovocada
Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Florianópolis, 14 de outubro de 2025



O QUE É VIOLÊNCIA?



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

O QUE É VIOLÊNCIA?

“O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.”



(OMS, 2002).



O QUE É VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA?



O QUE É VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA?

As lesões autoprovocadas se caracterizam por atos de automutilação, que vão desde formas leves, como arranhões, mordidas e pequenos cortes na pele, até formas mais graves, como a perda de membros e até mesmo da própria vida.



SUICÍDIO

O termo *suicídio*, criado em 1737 por Desfontaines, é originário do latim e formado pelos elementos *sui* (si mesmo) e *cidium*, por sua vez proveniente de *cædere* (ação de matar), exprimindo a noção de uma ação que provoca, intencionalmente, a própria morte.



Em **Santa Catarina**, entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024, foram registrados **39.845** casos de violência autoprovocada.



Foram **9** casos de **violências autoprovocadas** notificadas para cada **SUICÍDIO** consumado.



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA



- Extrapola causas únicas ou lineares, exigindo compreensão sistêmica e multidimensional;
- Envolve múltiplas causas interdependentes que operam em níveis distintos;
- As iniquidades operam como determinantes sociais da violência, potencializando sua incidência e reprodução;



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

LIMITAÇÕES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

LIMITAÇÕES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

Falta de preparo dos profissionais de saúde e da rede



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

LIMITAÇÕES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

Falta de preparo dos profissionais de saúde e da rede

Cultura da violência e naturalização



LIMITAÇÕES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

Falta de preparo dos profissionais de saúde e da rede

Cultura da violência e naturalização

Estigma e discriminação



LIMITAÇÕES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

Falta de preparo dos profissionais de saúde e da rede

Cultura da violência e naturalização

Estigma e discriminação

Integração precária entre os serviços



LIMITAÇÕES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

Falta de preparo dos profissionais de saúde e da rede

Cultura da violência e naturalização

Estigma e discriminação

Integração precária entre os serviços

Subnotificação dos casos

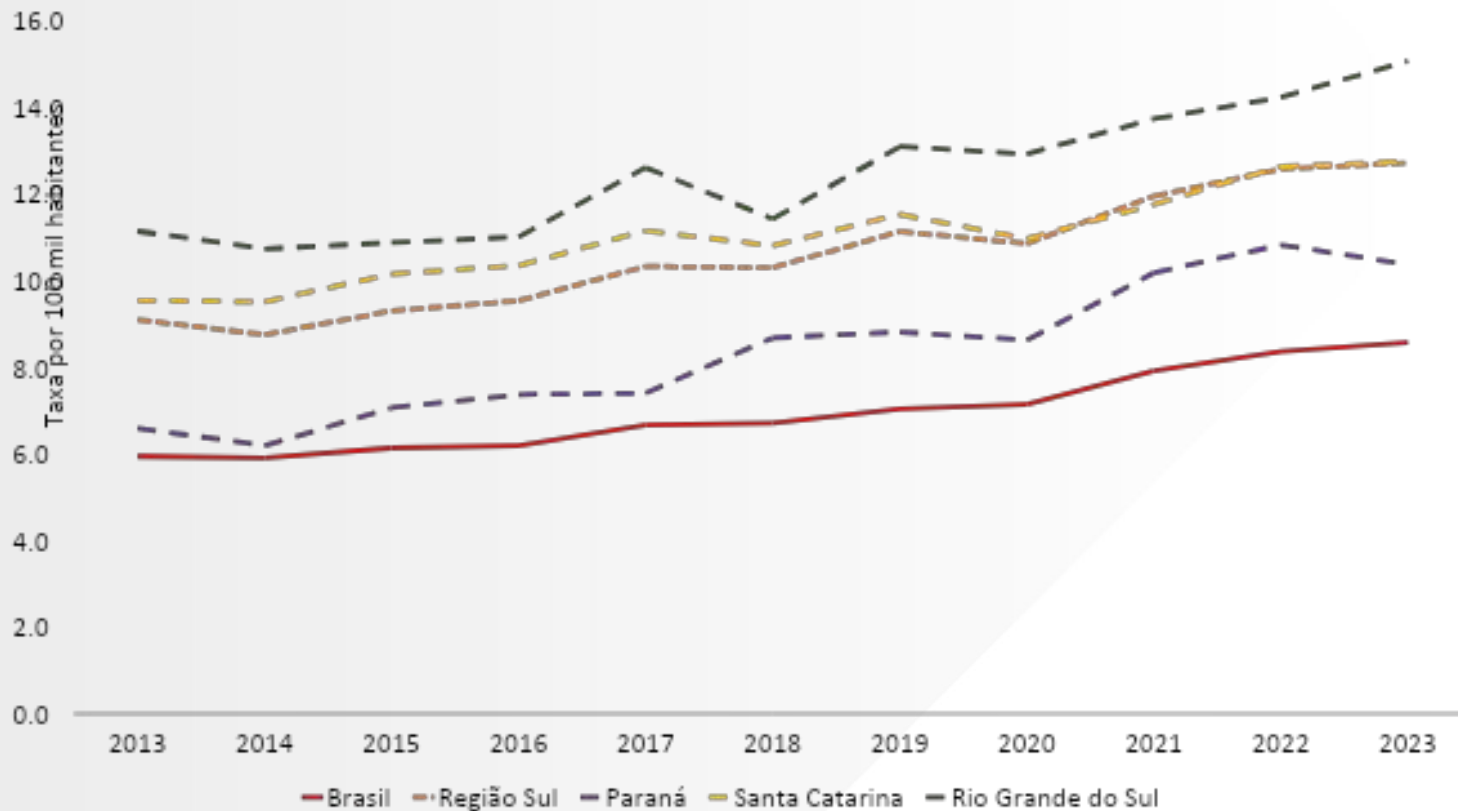
Tabela 1: Mortalidade por causas externas, segundo faixa etária e grupos de causas específicas. Brasil, 2023

Posição	Menor 1	1 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 49	50 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
1	Outros riscos acidentais a respiração (752)	Afogamento (633)	Agressões (4.626)	Agressões (15.830)	Agressões (17.302)	Lesões de trânsito (8.667)	Quedas (3.751)	Quedas (8.510)	Agressões (43.443)
2	Intenção indet. (138)	Lesões de trânsito (461)	Lesões de trânsito (2.402)	Lesões de trânsito (7.503)	Lesões de trânsito (12.680)	Quedas (4.411)	Lesões de trânsito (2.136)	Outros riscos acidentais a respiração (2.513)	Lesões de trânsito (34.881)
3	Agressões (82)	Outros riscos acidentais a respiração (221)	Lesão autoprovocada intencionalment e (1.120)	Lesão autoprovocada intencionalment e (3.535)	Lesão autoprovocada intencionalment e (6.864)	Agressões (4.245)	Intenção indet. (1.526)	Intenção indet. (2.453)	Quedas (18.900)
4	Lesões de trânsito (53)	Agressões (150)	Afogamento (742)	Intenção indet. (1.663)	Intenção indet. (3.795)	Lesão autoprovocada intencionalment e (4.132)	Outros riscos acidentais a respiração (1.123)	Lesões de trânsito (852)	Lesão autoprovocada intencionalment e (17.002)
5	Complicações de assistência médica (34)	Intenção indet. (133)	Intenção indet. (541)	Intervenção legal (1.260)	Quedas (1.714)	Intenção indet. (3.422)	Lesão autoprovocada intencionalment e (938)	Outras CE acidentais e as NE (794)	Intenção indet. (13.896)
6	Quedas (33)	Outras CE acidentais e as NE (93)	Intervenção legal (418)	Afogamento (841)	Afogamento (1.568)	Outros riscos acidentais a respiração (1.278)	Complicações de assistência médica (565)	Complicações de assistência médica (521)	Outros riscos acidentais a respiração (6.686)

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Ministério da Saúde



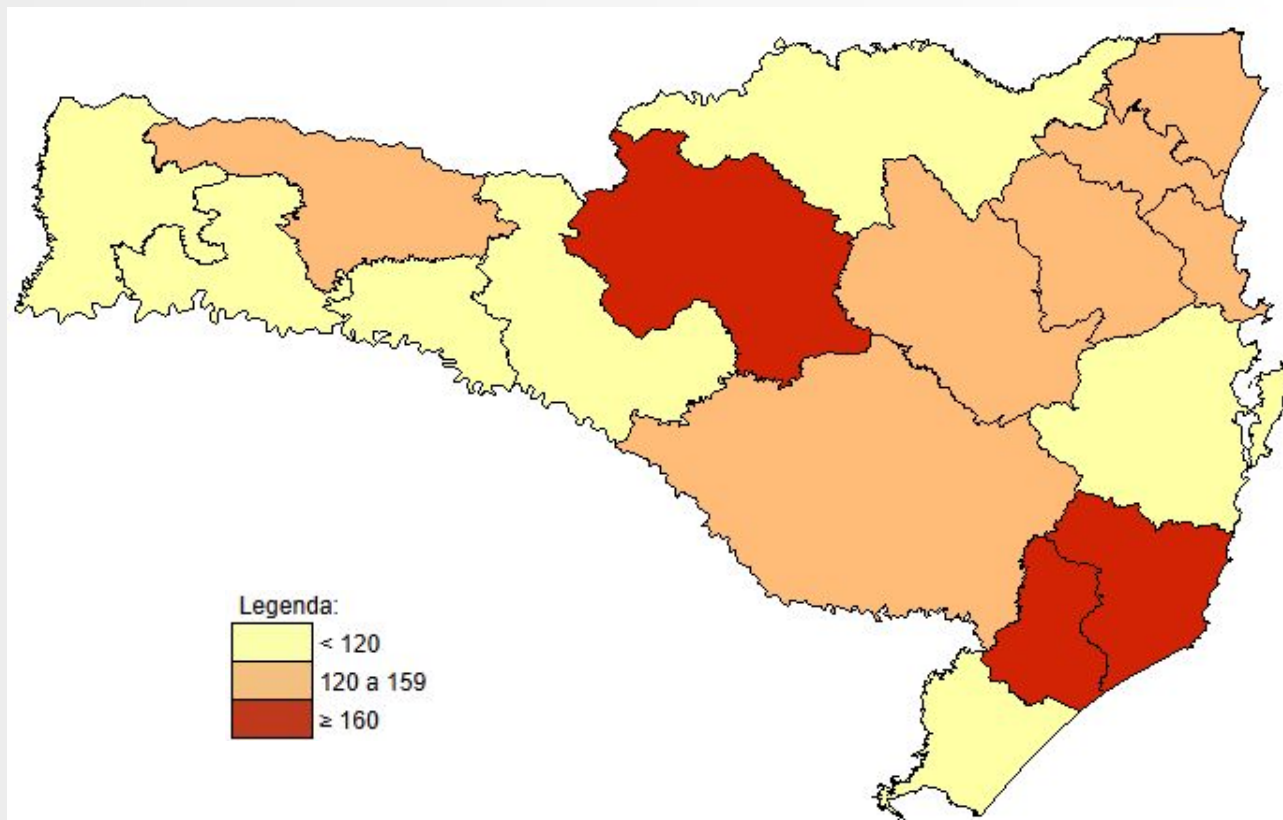
Gráfico 1: Mortalidade por lesão autoprovocada na região sul e suas respectivas unidades federadas. Brasil, 2013 a 2023



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Ministério da Saúde e estimativas populacionais dos municípios por sexo e idade para o período 2000-2024



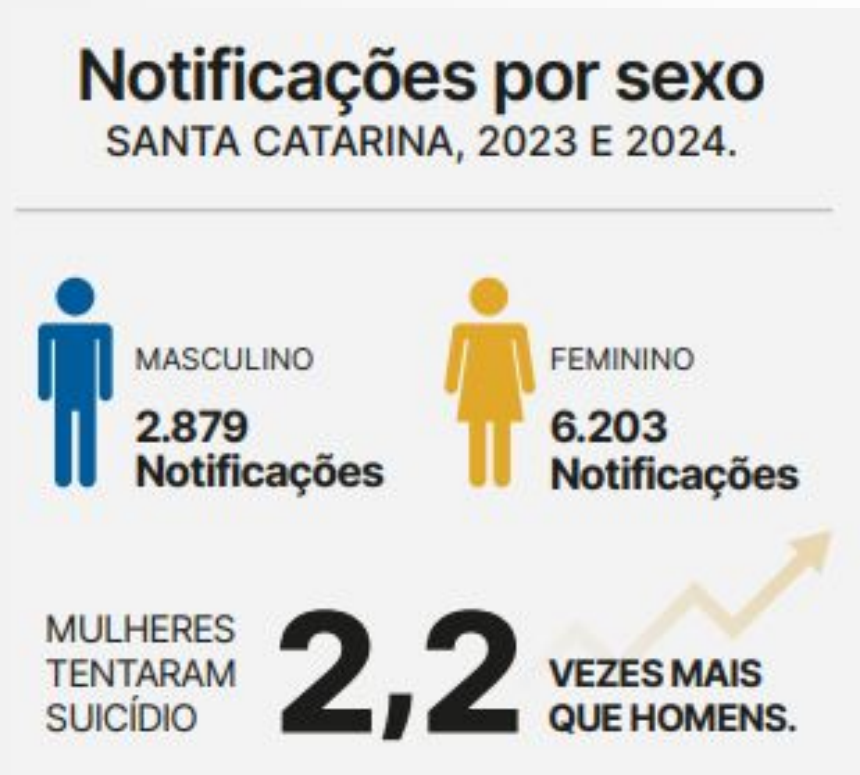
Mapa 1: Taxa de notificação de violência autoprovocada (por 100.00 hab.) por região de saúde. Santa Catarina, 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)



Figura 1: Frequência de violência autoprovocada de acordo com sexo. Santa Catarina, 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)



Tabela 2: Frequência e taxa de violência autoprovocada de acordo com faixa etária por região de saúde. Santa Catarina, 2024

REGIÕES DE RESIDÊNCIA	10-19 ANOS		20-39 ANOS		40-59 ANOS		60 ANOS +	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Extremo Oeste	35	117,8	86	121,3	56	84,3	17	33,4
Oeste	78	145,0	157	109,2	62	56,0	7	10,6
Xanxerê	61	219,8	137	214,3	41	74,0	11	29,5
Alto Vale do Itajaí	107	256,2	200	201,6	96	112,5	15	27,5
Foz do Rio Itajaí	234	208,1	494	167,0	197	84,7	29	23,6
Médio Vale do Itajaí	184	175,7	531	187,2	243	104,1	39	29,5
Grande Florianópolis	473	272,5	699	144,2	309	77,1	53	23,1
Meio Oeste	29	117,4	73	122,5	30	55,7	8	22,1
Alto Vale Rio do Peixe	98	244,4	248	272,3	97	125,6	9	19,4
Alto Uruguai Catarinense	37	193,5	64	137,4	38	88,1	6	19,0
Nordeste	298	274,0	501	188,1	191	85,4	33	26,5
Planalto Norte	78	152,2	163	145,0	64	60,5	14	22,3
Serra Catarinense	77	191,0	175	194,8	98	121,2	7	13,0
Extremo Sul	35	114,3	77	115,2	60	96,3	13	29,7
Carbonífera	188	320,2	424	289,2	201	161,0	37	46,9
Laguna	102	208,3	278	237,0	158	146,3	23	30,3
Vale do Itapocu	136	291,6	179	156,7	74	75,8	10	20,2
TOTAL	2.250	222,1	4.486	175,7	2.015	93,2	331	25,5

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 Consulta em 08 de setembro de 2025. *Dados preliminares, sujeitos a alteração.
 **Considerada população com 10 anos ou mais.



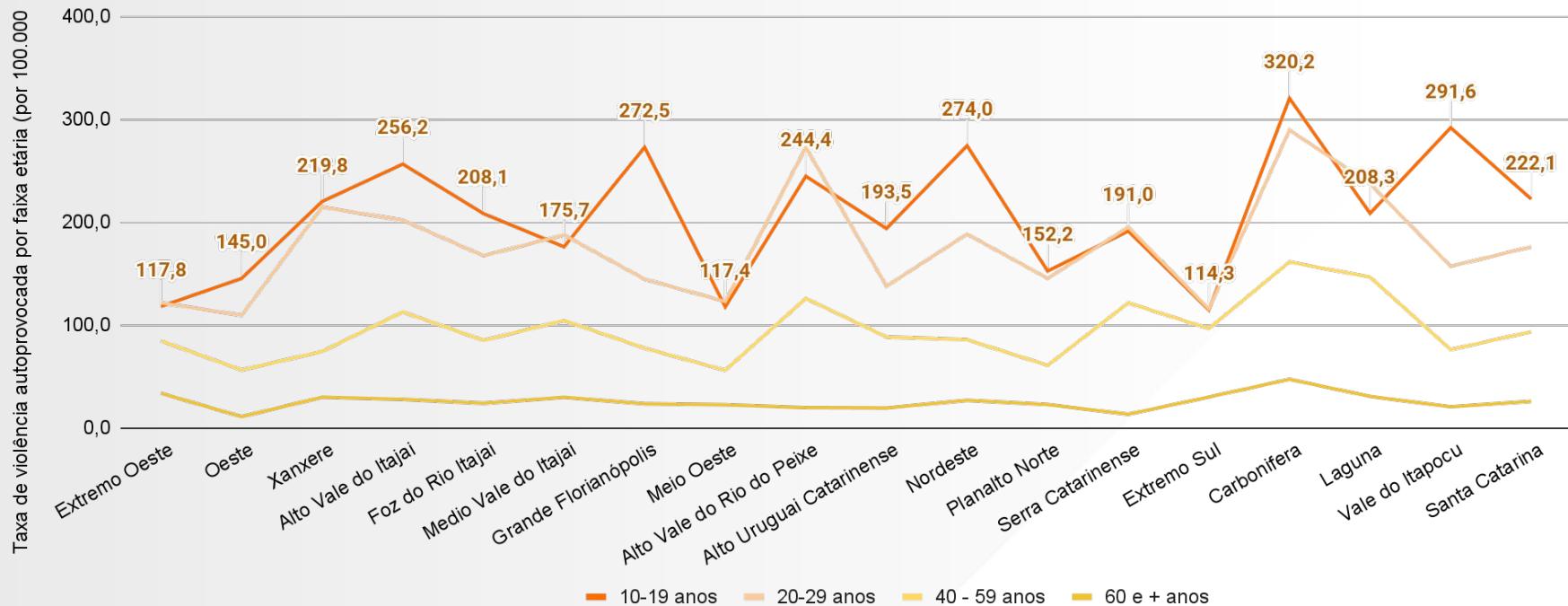
Tabela 2: Frequência e taxa de violência autoprovocada de acordo com faixa etária por região de saúde. Santa Catarina, 2024

REGIÕES DE RESIDÊNCIA	10-19 ANOS		20-39 ANOS		40-59 ANOS		60 ANOS +	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Extremo Oeste	35	117,8	86	121,3	56	84,3	17	33,4
Oeste	78	145,0	157	109,2	62	56,0	7	10,6
Xanxerê	61	219,8	137	214,3	41	74,0	11	29,5
Alto Vale do Itajaí	107	256,2	200	201,6	96	112,5	15	27,5
Foz do Rio Itajaí	234	208,1	494	167,0	197	84,7	29	23,6
Médio Vale do Itajaí	184	175,7	531	187,2	243	104,1	39	29,5
Grande Florianópolis	473	272,5	699	144,2	309	77,1	53	23,1
Meio Oeste	29	117,4	73	122,5	30	55,7	8	22,1
Alto Vale Rio do Peixe	98	244,4	248	272,3	97	125,6	9	19,4
Alto Uruguai Catarinense	37	193,5	64	137,4	38	88,1	6	19,0
Nordeste	298	274,0	501	188,1	191	85,4	33	26,5
Planalto Norte	78	152,2	163	145,0	64	60,5	14	22,3
Serra Catarinense	77	191,0	175	194,8	98	121,2	7	13,0
Extremo Sul	35	114,3	77	115,2	60	96,3	13	29,7
Carbonífera	188	320,2	424	289,2	201	161,0	37	46,9
Laguna	102	208,3	278	237,0	158	146,3	23	30,3
Vale do Itapocu	136	291,6	179	156,7	74	75,8	10	20,2
TOTAL	2.250	222,1	4.486	175,7	2.015	93,2	331	25,5

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 Consulta em 08 de setembro de 2025. *Dados preliminares, sujeitos a alteração.
 **Considerada população com 10 anos ou mais.

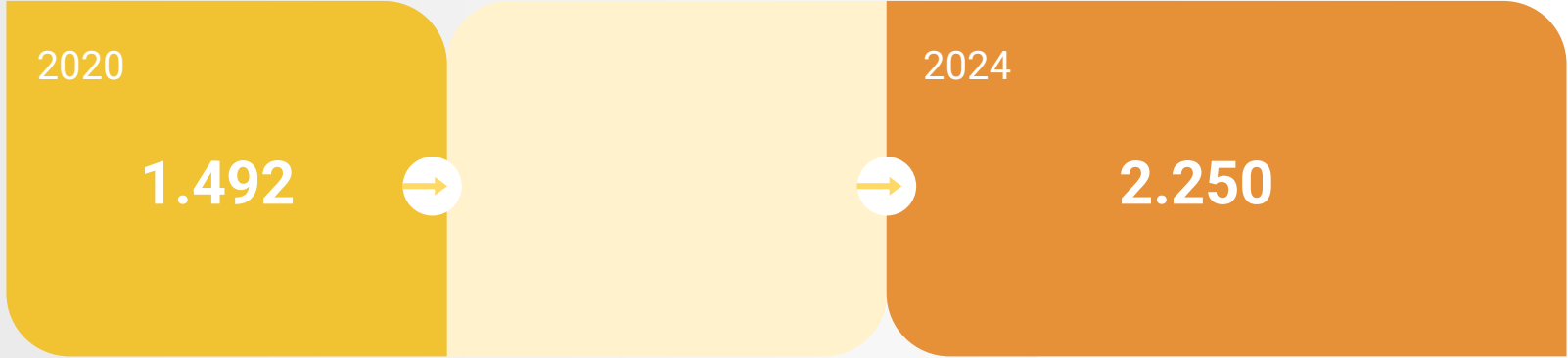


Gráfico 2: Taxa de violência autoprovocada de acordo com faixa etária por região de saúde. Santa Catarina, 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) Consulta em 08 de setembro de 2025. *Dados preliminares, sujeitos a alteração. **Considerada população com 10 anos ou mais. No SINAN foram incluídos os campos "lesão autoprovocada" e "própria pessoa" selecionados como "Sim".

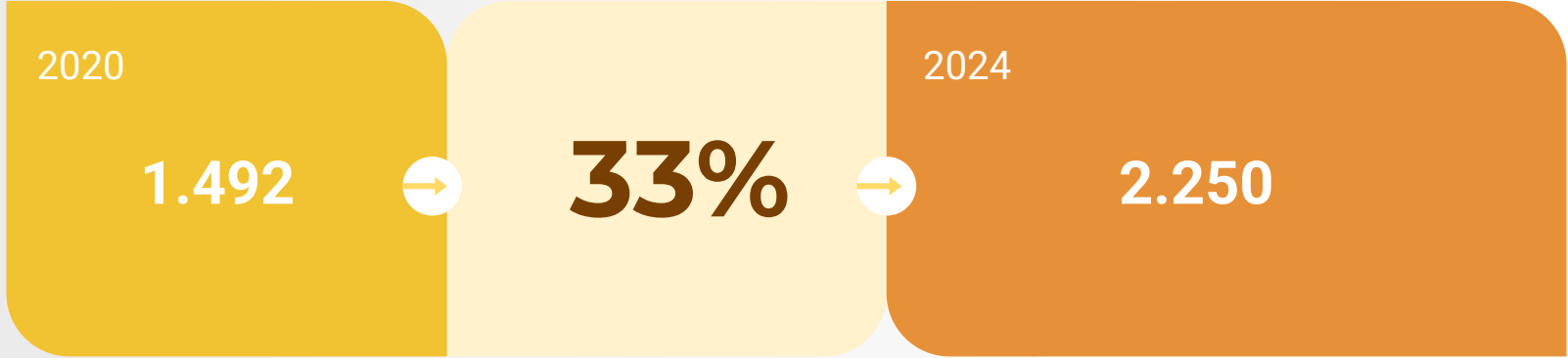




Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) Consulta em 07 de outubro de 2025. *Dados preliminares, sujeitos a alteração. **Considerada população com 10 anos ou mais. No SINAN foram incluídos os campos "lesão autoprovocada" e "própria pessoa" selecionados como "Sim".



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) Consulta em 07 de outubro de 2025. *Dados preliminares, sujeitos a alteração. **Considerada população com 10 anos ou mais. No SINAN foram incluídos os campos "lesão autoprovocada" e "própria pessoa" selecionados como "Sim".



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

[Credits](#) +

Teens, screens and mental health

[Français](#)[Русский](#)[Deutsch](#)

New WHO report indicates need for healthier online habits among adolescents

25 September 2024 | Media release | Reading time: 4 min (1195 words)

Copenhagen, 25 September 2024

New data from the WHO Regional Office for Europe reveals a sharp rise in problematic social media use among adolescents, with rates increasing from 7% in 2018 to 11% in 2022. This, coupled with findings that 12% of adolescents are at risk of problematic gaming, raises urgent concerns about the impact of digital technology on the mental health and well-being of young people. These findings come from the [Health Behaviour in School-aged Children \(HBSC\) study](#), which surveyed almost 280 000 young people aged 11, 13 and 15 across 44 countries and regions in Europe, central Asia and Canada in 2022.

Key findings include:

- More than 1 in 10 adolescents (11%) showed signs of problematic social media behaviour, struggling to

Media Contacts



Joseph Hancock
Communications Officer for the HBSC study
Email: joseph.hancock@hbosc.org



Ramy Srour
Communications officer
Email: srourr@who.int



Teens, screen health

New WHO report indicate adolescents

25 September 2024 | Media release | Reading time: 3 min

Copenhagen, 25 September 2024

New data from the WHO Regional Office for Europe among adolescents, with rates increasing 12% of adolescents are at risk of problem technology on the mental health and well-being in School-aged Children (HBSC) and 15 across 44 countries and regions in Europe.

Key findings include:

- More than 1 in 10 adolescents (11%) show signs of problem technology use.

Journal of Affective Disorders Reports 14 (2023) 100609

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders Reports

journal homepage: www.sciencedirect.com/journal/journal-of-affective-disorders-reports

Research Paper

Internet gaming addiction among children and adolescents with non-suicidal self-injury: A network perspective

Yuan Yang, Yanqi Ma, Rui Zhou, Ting Ji, Cailan Hou^{*}

Guangdong Mental Health Center, Guangdong Provincial People's Hospital (Guangdong Academy of Medical Sciences), Southern Medical University, Guangzhou 510008, China

ARTICLE INFO

Keywords:
Internet gaming addiction
NSSI
Child
Adolescents
Network analysis

ABSTRACT

Background: Internet gaming addiction is a growing global concern and mental health burden. Currently, no study has examined Internet gaming addiction among individuals with non-suicidal self-injury (NSSI). This study aims to examine the epidemiology, correlates, and network structure of Internet gaming addiction among children and adolescents with NSSI in China.

Methods: This was a cross-sectional study conducted in Guangdong Mental Health Center, from Dec 2019 to Dec 2021. The 19-item Chinese Internet gaming addiction scale, SAS, SDS, and UCLA loneliness scale were adopted to evaluate patient's internet gaming addiction, anxiety, depression and loneliness. Univariate analyses, multivariate logistic regression, and network analysis were conducted.

Results: A total of 110 children and adolescents with NSSI behaviors participated in the study, and 45 (40.9%) of them reported Internet gaming addiction. Multivariate logistic regression analysis revealed that male participants (OR = 6.047, $P = 0.001$) and those living on campus (OR = 2.677, $P = 0.039$) were more likely to suffer from Internet gaming addiction. Network analysis revealed that item1 ('Always thinking about online games when not playing'), item8 ('Clearly aware of the dangers of online games but fail to stop'), and item3 ('Moody / anxious / agitated / angry while not playing') were core symptoms for the identification of Internet gaming addiction, while item9 ('loss of interest'), and item13 ('deceiving') were the least influential symptoms in the network.

Conclusions: Internet gaming addiction was prevalent among children and adolescents with NSSI. 'Preoccupation', 'Unsuccessful attempts to control playing', and 'Withdrawal' were of key importance for identifying Internet gaming addiction. Ongoing clinical care and targeted interventions to address these symptoms (e.g., strengthening self-control) may be important for reducing the risk of internet gaming addiction in children and adolescents with NSSI.

1. Introduction

Internet gaming enriches people's lives, reduces stress and improves socializing, however, high involvement in Internet gaming might pose risks for vulnerable individuals including children and adolescents (King and Delabro, 2016). In the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Internet Gaming Disorder (IGD) could be identified by five or more of nine criteria within a 12-month period. These criteria include: obsession; withdrawal; tolerance building; impaired control; loss of interest; continued use despite problems; deceiving; escaping negative moods; and functional impairment (American Psychiatric Association, 2013). Many terms have been used to describe IGD in the literature, including 'internet gaming addiction', 'online gaming addiction', 'computer game addiction', and 'pathological gaming' (Chen et al., 2019; Gerstle et al., 2013; Labana et al., 2020). In the current study, the term 'Internet gaming addiction' is used as we focus more on the addictive symptoms but not the diagnosis of Internet gaming. Additionally, even though Internet gaming addiction is conceptually similar to Internet addiction, the two constructs are not identical, as Internet addiction includes not only online gaming, but also online chatting, and social networking (Király et al., 2014).

The reported prevalence of Internet gaming addiction varied greatly due to heterogeneity between study samples, the measurements, and survey time. For example, a study in Germany reported a general

the HBSC

:org



Teens, screen health

New WHO report indicate adolescents

25 September 2024 | Media release | Reading 12

Copenhagen, 25 September 2024

New data from the WHO Regional Office for Europe among adolescents, with rates increasing 12% of adolescents are at risk of problem; technology on the mental health and well-being in School-aged Children (HBSC) and 15 across 44 countries and regions in

Key findings include:

- More than 1 in 10 adolescents (11%) sh

Journal of Affective Disorders Reports 14 (2023) 100609

Contents lists available at



Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.sciencedirect.com/journal

Research Paper

Internet gaming addiction among children and non-suicidal self-injury: A network perspective

Yuan Yang, Yanqi Ma, Rui Zhou, Ting Ji, Cailan Hou^{*}

Guangdong Mental Health Center, Guangdong Provincial People's Hospital (Guangdong Academy of Medical Sciences), China

ARTICLE INFO

Keywords:
Internet gaming addiction
NSSI
Child
Adolescents
Network analysis

ABSTRACT

Background: Internet gaming addiction study has examined Internet gaming; aims to examine the epidemiology, children and adolescents with NSSI. **Methods:** This was a cross-sectional study to Dec 2021. The 13-item Chinese IGI adopted to evaluate patient's internet multivariate logistic regression, and **Results:** A total of 110 children and as them reported Internet gaming addi- pans (OR = 6.047, P = 0.001) and 1 from Internet gaming addiction. Net when not playing; I, irrita (Clearly as anxious / agitated / angry while no addition, while item9 (Loss of inter network. **Conclusions:** Internet gaming addiction', 'Unsuccessful attempts to core Internet gaming addiction. Ongoing strengthening self-control) may be in adolescents with NSSI.

1. Introduction

Internet gaming enriches people's lives, reduces stress and improves socializing, however, high involvement in Internet gaming might pose risks for vulnerable individuals including children and adolescents (King and Delabro, 2016). In the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Internet Gaming Disorder (IGD) could be identified by five or more of nine criteria within a 12-month period. These criteria include: obsession; withdrawal; tolerance building; impaired control; loss of interest; continued use despite problems; deceiving; escaping negative moods; and functional impairment (American Psychiatric Association, 2013). Many terms have been

used
add
'pat
et al
is a
idea
one
due
sur

1. Introduction

Self-harm and suicidal behaviors are the predictive factors of suicide (Hawton et al., 2011), which was the third leading cause of mortality among people aged 10–19 and the second leading cause of mortality among those aged 20–29 (Aggarwal et al., 2017; World Health Organization, 2017, 2021). Self-harm is defined as intentional harm to oneself, regardless of the type, motive, or suicidal intent (Towse et al., 2014). Suicidal behaviors encompass suicidal ideation (frequent thoughts of ending one's life), suicidal communication (expressing suicidal thoughts to others), and suicide attempts (the act of trying to end one's life) (Goslin and Krupar, 2007). Self-harm and suicidal behaviors are common among young people. A meta-analysis involving 686,672 young people from 30 countries showed that the lifetime prevalence of self-harm,

suicidal ideation, and suicide attempts was 13.7 %, 18.0 %, and 6.0 %, respectively (Lin et al., 2019). Self-harm and suicidal behaviors are associated with adverse health outcomes, such as affective disorder, hospitalization, and even death (Fergusson et al., 2005; Hawton, Bergen, et al., 2012; Hawton and Harris, 2007). Identifying modifiable risk factors for self-harm and suicidal behaviors among young people is essential for developing effective strategies to prevent and reduce suicidality.

Screen-based activities refer to any time spent looking at and engaging with screens. This includes both offline and online activities, such as watching TV, using computers and mobile phones, internet use, and social media interactions. It also encompasses online-specific engagements like cyberbullying and sexting (Dickson et al., 2016). As technology has evolved, these activities have increasingly dominated

Psychiatry Research 338 (2024) 115991



Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

Review article

Association of screen-based activities and risk of self-harm and suicidal behaviors among young people: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies

Zengyu Chen^{a,b}, Xiaoli Liao^b, Jiaxin Yang^{a,b,c,d}, Yusheng Tian^{a,b,e}, Kexin Peng^a, Xiaopei Liu^a, Yamin Li^{a,f}

^a Clinical Nursing Teaching and Research Section, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha, Hunan, China

^b Xiangya School of Nursing, Central South University, Changsha, Hunan, China

^c Department of Psychiatry, National Clinical Research Center for Mental Disorders, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha, Hunan, China

^d School of Computer Science and Engineering, Central South University, Changsha, Hunan, China

ARTICLE INFO

Keywords:
Screen-based activity
Self-harm
Suicidal behavior
Young people

ABSTRACT

Emerging evidence suggests that screen-based activities are associated with self-harm and suicidal behaviors. This study aimed to examine these associations among young people through a meta-analysis. We systematically searched EMBASE, MEDLINE (via PubMed), EMBASE, and Web of Science from their inception to April 1, 2022, and updated on May 1, 2024. Longitudinal studies reporting the association between various screen-based activities and subsequent self-harm and suicidal behaviors in young people aged 10 to 24 were included. Nineteen longitudinal studies were included in the qualitative synthesis, and 13 studies comprising 43,489 young people were included in the meta-analysis, revealing that total screen use is significantly associated with the risks of self-harm and suicidal behaviors. Cyberbullying victimization was also related to these adverse outcomes. Subgroup analyses indicated that social media use and problematic screen use are significant risk factors for self-harm and suicidal behaviors. Study quality was appraised using the Newcastle-Ottawa Scale, and potential publication bias was deemed unlikely to affect the results significantly. These findings suggest that screen-based activities should be considered in the management and intervention strategies for self-harm and suicidal behaviors in young people.





Teens, screen health

New WHO report indicate adolescents

25 September 2024 | Media release | Reading 12

Copenhagen, 25 September 2024

New data from the WHO Regional Office for Europe among adolescents, with rates increasing 12% of adolescents are at risk of problem technology on the mental health and well-behaviour in School-aged Children (HBSC) and 15 across 44 countries and regions in

Key findings include:

- More than 1 in 10 adolescents (11%) show

Journal of Affective Disorders Reports 14 (2023) 100609

Contents lists available at

Journal of Affective Disorders Reports

Psychiatry Research 338 (2023) 100609

journal homepage: www.sciencedirect.com/journal/journal-of-affective-disorders-reports

Research Paper

Internet gaming addiction among children and non-suicidal self-injury: A network perspective

Yuan Yang, Yanqi Ma, Rui Zhou, Ting Ji, Cailan Hou^{a,*}

^a Guangzhou Mental Health Center, Guangzhou Provincial People's Hospital (Guangzhou Academy of Medical Sciences), China

ARTICLE INFO

Keywords: Internet gaming addiction; NSSI; Child; Adolescent; Network analysis

ABSTRACT

Background: Internet gaming addiction study has examined Internet gaming to examine the epidemiology, children and adolescents with NSSI. **Methods:** This was a cross-sectional study to Dec 2021. The 19-item Chinese I-GAD adopted to evaluate patient's internet multivariate logistic regression, and **Results:** A total of 110 children and adolescents reported Internet gaming addiction (OR = 6.047, P = 0.001) and 1 from Internet gaming addiction. Net when not playing, I've been (Clearly as anxious / agitated / angry while no addiction, while item9 (Loss of internet network). **Conclusions:** Internet gaming addiction, 'Unsuccessful attempts to control', 'Unsuccessful attempts to control internet gaming addiction. Ongoing strengthening self-control may be in adolescents with NSSI.

1. Introduction

Internet gaming enriches people's lives, reduces stress and improves socializing, however, high involvement in Internet gaming might pose risks for vulnerable individuals including children and adolescents (King and Delabro, 2016). In the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Internet Gaming Disorder (IGD) could be identified by five or more of nine criteria within a 12-month period. These criteria include: obsession; withdrawal; tolerance building; impaired control; loss of interest; continued use despite problems; deceiving; escaping negative moods; and functional impairment (American Psychiatric Association, 2013). Many terms have been

Psychiatry Research 338 (2023) 100609

Contents lists available at

Psychiatry Research

Psychiatry Research 338 (2023) 100609

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

Review article

Association of screen-based activities and risk of behaviors among young people: A systematic review longitudinal studies

Zengyu Chen^{a,b}, Xiaoli Liao^b, Jiaxin Yang^{a,b,c,d}, Yusheng Tian Yanmin Li^{a,*}

^a Clinical Nursing Teaching and Research Section, The Second Xiangya Hospital of Central South University, ^b Xiangya School of Nursing, Central South University, Changsha, Hunan, China ^c Department of Psychiatry, National Clinical Research Center for Mental Disorders, The Second Xiangya Hospital ^d School of Computer Science and Engineering, Central South University, Changsha, Hunan, China

ARTICLE INFO

Keywords: Screen-based activity; Self-harm; Suicidal behavior; Young people

ABSTRACT

Emerging evidence suggests that screen-based activities and subsequent risk of behaviors among young people. This study aimed to examine these associations. Nineteen longitudinal studies included. Nineteen longitudinal studies included 43,489 young people were included in the meta-analysis. Screen-based activities and subsequent risk of self-harm and suicidal behaviors were associated with the risk of self-harm and suicidal behaviors. Subgroup analyses in risk factors for self-harm and suicidal behaviors. Screen-based activities and subsequent risk of self-harm and suicidal behaviors were associated with the risk of self-harm and suicidal behaviors. Screen-based activities and subsequent risk of self-harm and suicidal behaviors were associated with the risk of self-harm and suicidal behaviors.

1. Introduction

Self-harm and suicidal behaviors are the predictive factors of suicide (Hawton et al., 2011), which was the third leading cause of mortality among people aged 10–19 and the second leading cause of mortality among those aged 20–29 (Aggarwal et al., 2017; World Health Organization, 2017, 2021). Self-harm is defined as intentional harm to oneself, regardless of the type, motive, or suicidal intent (Towers et al., 2014). Suicidal behaviors encompass suicidal ideation (frequent thoughts of ending one's life), suicidal communication (expressing suicidal thoughts to others), and suicide attempts (the act of trying to end one's life) (Goslin and Krupar, 2007). Self-harm and suicidal behaviors are common among young people. A meta-analysis involving 686,672 young people from 30 countries showed that the lifetime prevalence of self-harm,

RESEARCH Open Access

Mobile phone addiction and self-injury in adolescents with MDD: mediation by self-esteem and depression, and the failure of usage restrictions

Xiaoqian Liu¹, Nan Yan⁴, Lan Wang⁴, Kongliang He⁵, Wei Zhang¹, Xuankun Zhang⁶, Tian Lan⁷, Jiesi Wang^{7*} and Yongjie Zhou^{1*}

Abstract

Background Previous studies have suggested a significant association between mobile phone addiction (MPA) and non-suicidal self-injury (NSSI) in general adolescents. However, limited research has analyzed this relationship in clinical populations, such as those with major depressive disorder (MDD), and the potential mediation mechanisms remain unclear.

Methods This cross-sectional observational study analyzed data from 2343 adolescents with MDD (77.9% females; mean age = 14.99 years, SD = 1.65). Using mediation models, we explored the roles of self-esteem and depression severity (measured by Patient Health Questionnaire-9) in the relationship between MPA and NSSI. Additionally, we evaluated the associations between existing school-implemented mobile phone usage policies and levels of MPA, self-esteem, depression symptoms, and NSSI.

Results MPA was significantly associated with NSSI, with low self-esteem and increased depression severity almost entirely mediating this effect (log-odds = 0.016, 95%CI = 0.02–0.013). Subdomains of MPA, including inability to control craving, feelings of anxiety, and productivity loss, followed similar mediation models, while the subdomain of withdrawal/escape had a partial effect mediated by depression severity. Additionally, enforced restrictions on mobile phone usage in schools did not show positive effects on related variables and even exacerbated MPA by increasing cravings and reducing productivity.

Conclusion Our study suggests that MPA in adolescents with MDD may be an important risk factor for NSSI occurrence, and that reducing the negative impact of mobile phone usage on self-esteem and depressive symptoms, rather than simply restricting usage, may be crucial for effective intervention.

Keywords Non-suicidal self-injury, Mobile phone addiction, Self-esteem, Depression, Adolescent, Mobile phone usage restriction

*Correspondence: jiesi.wang@psych.ac.cn; yongjie.zhou@csu.edu.cn
 Full list of author information is available at the end of the article

Tabela 2: Óbitos por suicídio de acordo com faixa etária. Santa Catarina, 2024

REGIÕES DE RESIDÊNCIA	10-19 ANOS		20-39 ANOS		40-59 ANOS		60 ANOS +	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Extremo Oeste	1	3,4	10	14,1	23	34,6	24	47,1
Oeste	3	5,6	27	18,8	28	25,3	13	19,6
Xanxerê	1	3,6	9	14,1	14	25,3	9	24,1
Alto Vale do Itajaí	1	2,4	18	18,1	23	26,9	21	38,5
Foz do Rio Itajaí	3	2,7	31	10,5	32	13,8	11	9,0
Médio Vale do Itajaí	3	2,9	33	11,6	43	18,4	31	23,4
Grande Florianópolis	4	2,3	56	11,6	45	11,2	22	9,6
Meio Oeste	0	0,0	11	18,5	8	14,9	5	13,8
Alto Vale Rio do Peixe	1	2,5	25	27,5	17	22,0	6	12,9
Alto Uruguai Catarinense	0	0,0	7	15,0	19	44,0	9	28,5
Nordeste	1	0,9	36	13,5	22	9,8	14	11,3
Planalto Norte	1	2,0	19	16,9	14	13,2	10	16,0
Serra Catarinense	3	7,4	13	14,5	14	17,3	13	24,1
Extremo Sul	3	9,8	7	10,5	18	28,9	6	13,7
Carbonífera	0	0,0	25	17,1	16	12,8	19	24,1
Laguna	1	2,0	17	14,5	22	20,4	10	13,2
Vale do Itapocu	1	2,1	16	14,0	10	10,2	6	12,1
TOTAL	27	2,7	360	14,1	368	17,0	229	17,7

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Consulta em 08 de setembro de 2025. *Dados preliminares, sujeitos a alteração. **Considerada população com 10 anos ou mais. No SINAN foram incluídos os campos "lesão autoprovocada" e "própria pessoa" selecionados como "Sim".



Tabela 2: Óbitos por suicídio de acordo com faixa etária. Santa Catarina, 2024

REGIÕES DE RESIDÊNCIA	10-19 ANOS		20-39 ANOS		40-59 ANOS		60 ANOS +	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Extremo Oeste	1	3,4	10	14,1	23	34,6	24	47,1
Oeste	3	5,6	27	18,8	28	25,3	13	19,6
Xanxerê	1	3,6	9	14,1	14	25,3	9	24,1
Alto Vale do Itajaí	1	2,4	18	18,1	23	26,9	21	38,5
Foz do Rio Itajaí	3	2,7	31	10,5	32	13,8	11	9,0
Médio Vale do Itajaí	3	2,9	33	11,6	43	18,4	31	23,4
Grande Florianópolis	4	2,3	56	11,6	45	11,2	22	9,6
Meio Oeste	0	0,0	11	18,5	8	14,9	5	13,8
Alto Vale Rio do Peixe	1	2,5	25	27,5	17	22,0	6	12,9
Alto Uruguai Catarinense	0	0,0	7	15,0	19	44,0	9	28,5
Nordeste	1	0,9	36	13,5	22	9,8	14	11,3
Planalto Norte	1	2,0	19	16,9	14	13,2	10	16,0
Serra Catarinense	3	7,4	13	14,5	14	17,3	13	24,1
Extremo Sul	3	9,8	7	10,5	18	28,9	6	13,7
Carbonífera	0	0,0	25	17,1	16	12,8	19	24,1
Laguna	1	2,0	17	14,5	22	20,4	10	13,2
Vale do Itapocu	1	2,1	16	14,0	10	10,2	6	12,1
TOTAL	27	2,7	360	14,1	368	17,0	229	17,7

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Consulta em 08 de setembro de 2025. *Dados preliminares, sujeitos a alteração. **Considerada população com 10 anos ou mais. No SINAN foram incluídos os campos "lesão autoprovocada" e "própria pessoa" selecionados como "Sim".



SER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DURANTE A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA LEVAM A:

- Maiores riscos de re-vitimização de violência na adolescência e na vida adulta;
- Maiores envolvimento como perpetradoras de violência na adolescência e na vida adulta;
- **Maiores prevalências de lesão autoprovocada ao longo da vida;**
- Maiores associações com a prática de crimes

A LITERATURA SUGERE A ASSOCIAÇÃO DE BULLYING COM:

- Maiores prevalências de lesão autoprovocada
- Perpetração e vitimização de violência



A LITERATURA SUGERE A ASSOCIAÇÃO DE BULLYING COM:

- Maiores prevalências de lesão autoprovocada
- Perpetração e vitimização de violência

VIOLÊNCIA É UM CICLO!



IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL

- Baixa autoestima
- Ansiedade
- Depressão
- Raiva
- Agressividade
- Transtorno do Estresse pós traumático
- Pior autopercepção de saúde
- Pensamentos suicidas
- Automutilação
- Tentativas de suicídio

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.



SILÊNCIO



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

COMO LIDAR?

SILÊNCIO



COMO LIDAR?

COMO ABORDAR?

SILÊNCIO



COMO LIDAR?

COMO ABORDAR?

QUEM PODE AJUDAR?

SILÊNCIO

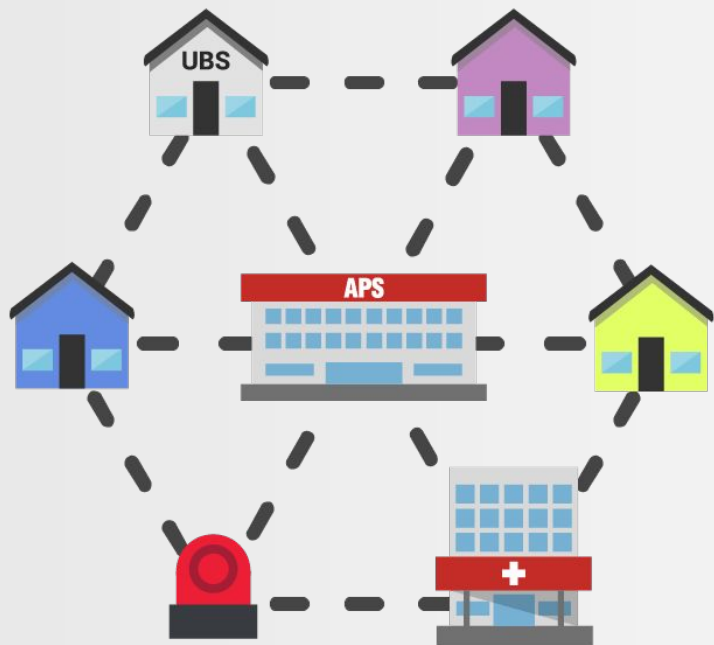


POR QUE NOTIFICAR?

- Alocação de Recursos
- Identificação de Padrões e Tendências
- Monitoramento e Avaliação
- Detecção Precoce e Resposta Rápida
- Promoção de Colaboração Intersectorial
- Fundamentação Baseada em Evidências







GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

QUEM DEVE NOTIFICAR?

Obrigação institucional, cabendo aos **serviços, gestores e profissionais de saúde, públicos e privados no território brasileiro**, a responsabilidade de realizar a notificação e investigação compulsórias imediatas de violências interpessoais e autoprovocadas e demais doenças e agravos.

Constantes na “Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública”, definida pela Portaria de Consolidação MS/GM no 4, de 28 de setembro de 2017, a qual encontra-se atualizada através da Portaria GM/MS n  217, de 1 de março de 2023

FONTE: VIVA /SINAN SVS/MS, 2016



QUEM DEVE NOTIFICAR?

Dever **legal e ético** de cuidado e proteção à pessoa em situação de violência.

FONTE: VIVA/SINAN SVS/MS, 2016



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

FLUXO DE ATENDIMENTO

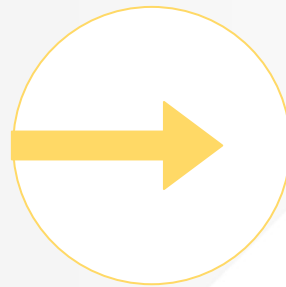
Acolhimento

Atendimento

Notificação

Cuidados

Encaminhamentos



Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBTQI+.

Dados Gerais

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2- Individual

2 Agravamento VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA Código (CID10) Y99 3 Data de notificação

4 UF 5 Município de notificação Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora Código Unidade

8 Unidade de Saúde Código (CNES)

9 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual

Notificação Individual

10 Nome do paciente

11 Data de nascimento

12 (ou) Idade 1- Não sabe 2- Dia 3- Mês 4- Ano

13 Sexo M- Masculino F- Feminino 1- Ignorado

14 Gestante 1- Não 2- 1º Trimestre 3- 2º Trimestre 4- 3º Trimestre 5- Não sabe se aplica 6- Não se aplica

15 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4- 8ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS

18 Nome da mãe

Dados de Residência

Dados de Residência

19 UF 20 Município de Residência Código (IBGE) 21 Distrito

22 Bairro

23 Logradouro (rua, avenida,...) Código

24 Número 25 Complemento (apto., casa, ...)

26 Geo campo 1

27 Geo campo 2

28 Ponto de Referência

29 CEP

30 (DDD) Telefone

31 Zona 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado

32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados Complementares

33 Nome Social

34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil 1- Solteiro 2- Casado/união consensual 3- Viúvo 4- Separado 8- Não se aplica 9- Ignorado

36 Orientação Sexual 3- Bissexual 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) 8- Não se aplica 9- Ignorado

37 Identidade de gênero: 1- Transvi 2- Mulher Transsexual 3- Homem Transsexual 8- Não se aplica 9- Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/transgênero? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência/transgênero? Deficiência Física Deficiência visual Deficiência intelectual Deficiência auditiva Transgênero mental Outras Transgênero de comportamento

Dados de Ocorrência

Dados de Ocorrência

40 UF 41 Município de ocorrência Código (IBGE) 42 Distrito

43 Bairro

44 Logradouro (rua, avenida,...) Código

45 Número 46 Complemento (apto., casa, ...)

47 Geo campo 3

48 Geo campo 4

49 Ponto de Referência

50 Zona 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado

51 Hora de ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

52 Local de ocorrência 01- Residência 02- Habitação coletiva 03- Escola 04- Local de prática esportiva 05- Bar ou similar 06- Via pública 07- Comércio/serviços 08- Indústria/construção 09- Outro 99- Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Violência Sexual

Violência Sexual

55 Essa violência foi motivada por: 01- Sexo 02- Homofobia/lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03- Racismo 04- Intolerância religiosa 05- Xenofobia 06- Conflito geracional 07- Situação de rua 08- Deficiência 09- Outros 99- Não se aplica

56 Tipo de violência: Física Psicológica/Moral Tortura Sexual Tráfico de seres humanos Negligência/Abandono Trabalho infantil Intervenção legal Financeira/Econômica Outros

57 Meio de agressão: Força corporal/espionamento Enforcamento Oco, contundente Intoxicação 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

59 Procedimento realizado: 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

60 Número de envoltórios: 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: Pai Mãe Padrasto Madrinha Cônjuge Ex-Cônjuge Namorado(a) Ex-Namorado(a) Filho(a) Imã(o) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

62 Sexo do provável autor da violência: 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool: 1- Sim 9- Ignorado

Dados do Agressor

Dados do Agressor

64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1- Criança (0 a 9 anos) 2- Adolescente (10 a 19 anos) 3- Jovem (20 a 24 anos) 4- Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5- Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9- Ignorado

65 Encaminhamento: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

66 Violência Relacionada ao Trabalho: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Encaminhamento

Encaminhamento

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)

Rede da Educação (Creche, escola, outras)

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa de Mulher Brasileira, outras)

Conselho do Idoso

Delegacia de Atendimento à Mulher

Delegacia de Atendimento ao Idoso

Centro de Referência dos Direitos Humanos

Ministério Público

Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

Outras delegacias

Justiça da Infância e da Juventude

Defensoria Pública

Dados Finais e Observações

Dados Finais e Observações

66 Violência Relacionada ao Trabalho: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante

Vínculo/grau de parentesco

(DDD) Telefone

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS

136

TELEFONES ÚTEIS

TELEFONES ÚTEIS

Central de Atendimento à Mulher

180

Disque Direitos Humanos

Disque Direitos Humanos

100

Notificador

Notificador

Município/Unidade de Saúde

Nome

Função

Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Assinatura

Violência Interpessoal/Autoprovocada

Violência Interpessoal/Autoprovocada

SVS 15.06.2015

GUIA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE



<https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Acidentes%20e%20Viol%C3%Aancias/Publica%C3%A7%C3%B5es/guia-violencia-autoprovocada.pdf>



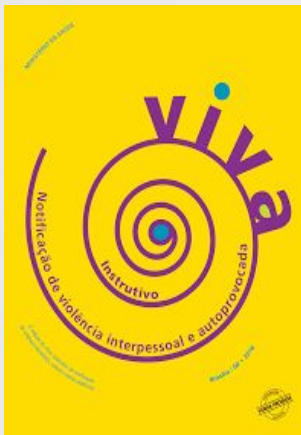
INFOGRÁFICO - SETEMBRO AMARELO



<https://dive.sc.gov.br/phocadownload/Infogrffico%20-%20Setembro%20Amarelo%202025%202.pdf>

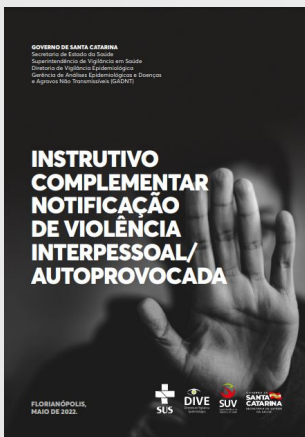
VIVA: Instrutivo – Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf



Instrutivo Complementar Notificação de Violência

<https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Acidentes%20e%20Viol%C3%Aancias/Publica%C3%A7%C3%B5es/VIOL%C3%8ANCIA%20INTERPESSOAL%20E%20AUTOPROVOCADA/Instrutivo-Complementar-Notificacao-de-Violencia-19-05-2022.pdf>





<https://youtube.com/shorts/yuJmOY-DKPs?si=Ampr6RZtlluCtUNT>



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

INTERROMPA A VIOLÊNCIA EM TEMPO OPORTUNO!



Mesmo em dias cinzas, seja sol!

Obrigada

Monique Meneses de A. D'Avila

Agravo Violência Interpessoal/Autoprovocada
violenciadive@saude.sc.gov.br / (48) 3664-7453

Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis
Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde - **GADNT/DIVE/SES/SC**



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE