

 <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v7n1a2026.13>

Intoxicação aguda por nafazolina em pré-adolescente: relato de caso

Acute naphazoline poisoning in pre-adolescent: case report

Leonardo Becker Vieira da Cruz¹, Mateus Machado Baptistella¹, Tiago Pimenta Rocha¹, Laís Aparecida da Silva Santos¹, Laisa Prandine Tofanelli², Telma Regina Ramos Silva³

Resumo: Intoxicações exógenas são impactantes para os serviços de saúde pública em todo o mundo, representando milhares de casos de morbidade e mortalidade. Decorrem da exposição aguda a substâncias do ambiente na água, em alimentos ou substâncias isoladas como medicamentos. No Brasil, em 2017, 11,5% dos casos de intoxicação por medicamentos ocorreram na faixa etária pediátrica com pico na idade de 1 a 4 anos. Substâncias simpatomiméticas utilizadas primariamente como agentes descongestionantes tópicos da mucosa nasal como, por exemplo a nafazolina, estão frequentemente envolvidas como agentes medicamentosos de intoxicação em crianças principalmente as menores. Nafazolina é indicada para aliviar o desconforto da obstrução nasal em resfriados, quadros alérgicos nasais como rinites e em rinossinusites. É um medicamento contraindicado para ser administrado em crianças menores de 12 anos de idade, entretanto é vendido livremente em farmácias favorecendo a prática danosa de automedicação com uso indiscriminado e risco de intoxicação. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de intoxicação aguda por nafazolina de uso tópico nasal ocorrido em um pré-adolescente atendido em uma unidade básica de saúde do município de Ribeirão Preto - SP através da revisão do prontuário e revisão da literatura. Constatou-se intoxicação leve com sinais e sintomas da toxíndrome por nafazolina tópica nasal compatíveis com os descritos na literatura e, felizmente, com evolução muito favorável. Isto confirma a necessidade de educação dos pais e responsáveis pelos pacientes pediátricos no sentido de esclarecê-los quanto ao potencial que a nafazolina tem de causar quadros de intoxicação exógena.

Palavras-chave: Intoxicação, Nafazolina, Adolescente.

Abstract: Exogenous poisonings are significant in public health services worldwide, accounting for thousands of cases of morbidity and mortality. Poisonings can result from

¹ Discentes do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá.

² Médica clínica geral da UBS da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

³ Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. telma.amos@baraodemaua.br

acute exposure to environmental substances, in water, food or isolated substances such as medicines. In Brazil, in 2017, 11.5% of drug poisoning cases occurred in the pediatric age group, with a peak between the ages of 1 and 4. Sympathomimetic substances used primarily as topical nasal mucosa decongestants, such as naphazoline, are frequently implicated as drug poisoning agents in children, especially younger children. Naphazoline is indicated to relieve the discomfort of nasal obstruction in colds, allergic nasal conditions such as rhinitis, and rhinosinusitis. It is contraindicated for use in children under 12 years old, but it is freely sold in pharmacies, encouraging the harmful practice of self-medication with indiscriminate use and the risk of poisoning. This study reports a case of acute topical nasal naphazoline poisoning in a pre-adolescent in Ribeirão Preto city, São Paulo through medical record and literature review. Mild poisoning was observed, with signs and symptoms of topical nasal naphazoline toxidrome consistent with those described in the literature, and fortunately, a very favorable outcome. This reinforces the need to educate parents and guardians about naphazoline's potential to cause exogenous poisoning.

Keywords: Poisoning, Naphazoline, Adolescent.

INTRODUÇÃO

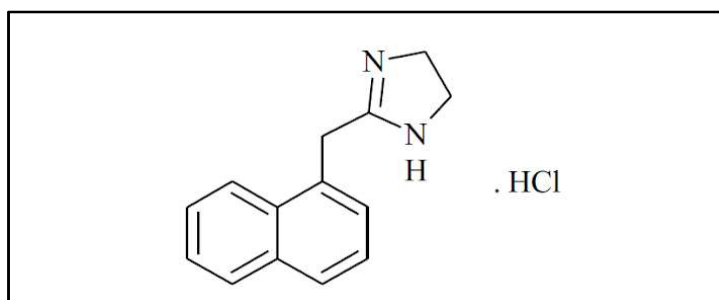
Em todo o mundo, as intoxicações exógenas representam um problema de saúde pública uma vez que são um importante fator de morbidade que impacta pessoas de ambos os sexos, todas as raças e idades. Conceitualmente, intoxicação exógena, também chamada de síndrome tóxica (toxíndrome), são os sinais e sintomas decorrentes da exposição aguda a substâncias do ambiente, seja na água, alimentos, ou isoladas como por ocorre em medicamentos (De Paulis, 2021). No Brasil, trata-se de um agravo à saúde elencado na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública do Ministério da Saúde muito embora haja subnotificação de casos. Em nosso país cerca de um terço dos casos de intoxicação humana registrados tem nos medicamentos o agente tóxico causador. No ano de 2017, por exemplo, houve um total de 76.115 casos notificados sendo 20.637 deles ocasionados por medicamentos e, destes, cerca de 8.807 (11,5%) ocorreram em pessoas de zero a 19 anos de idade, ou seja, a faixa etária pediátrica, com pico de ocorrência na idade de 1 a 4 anos (Brasil, 2017). Especificamente em relação aos derivados imidazolínicos, estes vêm sendo amplamente utilizados desde a década de 1940, quando foi introduzida a nafazolina no mercado farmacêutico. Muito embora sua utilização seja contraindicada para menores de 12 anos, a

nafazolina é vendida livremente nas farmácias e facilmente encontrada nas residências onde moram crianças de todas as idades.

1.1. *Constituinte químico e uso clínico*

O cloridrato de nafazolina é um derivado imidazolínico como a clonidina, um anti-hipertensivo e a brimonidina utilizada no glaucoma. É um pó cristalino, branco ou quase branco, facilmente solúvel em água, fracamente básico e lipofílico, com alta capacidade de absorção pelo trato gastrointestinal, de fórmula molecular empírica $C_{14}H_{14}N_2.HCl$ e cuja fórmula estrutural está mostrada na Figura 1 (Brasil, 2019).

Figura 1. Fórmula estrutural do Cloridrato de 2-(naftaleno-1-ilmetil) -4,5-dihidro-1H-imidazol, a nafazolina.



Fonte: Modificado de ANVISA - Farmacopeia Brasileira. Monografias. Insumos Farmacêuticos e Especialidades, v.2, 6 ed., 2019.

Clinicamente, a nafazolina é um simpatomimético utilizado primariamente como agente descongestionante tópico da mucosa nasal e ocular que possui rápido início de ação vasoconstritora (cerca de dez minutos) e cujo efeito se prolonga por duas a seis horas. A nafazolina é um medicamento de eficácia comprovada no alívio do sintoma de obstrução nasal em pessoas portadoras de rinite alérgica ou rinite vasomotora e em pacientes com infecções agudas do trato respiratório superior como resfriado e sinusite. A administração intranasal leva a um processo de constrição dos vasos dilatados da mucosa nasal reduzindo o fluxo sanguíneo e o edema tissular o que alivia o desconforto da

obstrução nasal do paciente em resfriados, quadros alérgicos nasais, rinites e rinossinusites tão comuns na faixa etária pediátrica (Westfall, T. C. et al, 2018). Todavia, a nafazolina é um medicamento contraindicado para ser administrado em crianças menores de 12 anos de idade, bem como durante a gravidez, em pacientes com glaucoma de ângulo estreito ou em pacientes com hipersensibilidade a agentes adrenérgicos (Brasil, 2022). Embora apenas o cloridrato de nafazolina em solução oftálmica conste da lista de medicamentos isentos de prescrição médica, a solução nasal também é vendida livremente em farmácias favorecendo a prática danosa de automedicação e o risco de intoxicações pelo uso indiscriminado desta substância (Brasil, 2024).

1.2. Farmacocinética

Em relação a sua farmacocinética, a nafazolina é rapidamente absorvida seja pela via oral, nasal ou ocular, sendo capaz de atingir o máximo nível sérico em cerca de duas horas. A partir daí, tem ampla distribuição por todos os tecidos, inclusive os do sistema nervoso central. Seu metabolismo é principalmente hepático e a eliminação renal ocorre de 70-90% em 24 horas.

1.3. Toxicidade

A dose tóxica não está bem estabelecida sendo os casos de intoxicação mais comuns em crianças do que em adultos e estes últimos podem sentir apenas efeitos adversos como tonturas, náuseas, cefaleia e congestão nasal de rebote após uso por tempo maior que 5 dias e que pode também ser devido ao cloreto de benzalcônio, um excipiente presente no medicamento (Hernandez et al, 2017). Em crianças de até 6 anos quantidades tão pequenas quanto 1 a 2 ml de solução nasal ou ocular contendo imidazolinas, quando utilizadas errônea e/ou acidental ou propositalmente por via oral, podem causar reações tóxicas graves. Nas crianças menores de 3 anos, mesmo o uso de 1 a 2 gotas, seja por via oral, nasal ou ocular é passível de causar toxicidade. Nas intoxicações devido

uso tópico, os sintomas surgem geralmente entre 20 a 60 minutos, podendo persistir de 8 ou até 12 horas.

1.4. Quadro clínico na intoxicação

Como são agonistas de receptores alfa 2- adrenérgicos, na intoxicação, o quadro clínico principal é uma toxíndrome simpatomimética devido à estimulação de nervos simpáticos mediada pelas catecolaminas adrenalina e noradrenalina com ações periféricas e centrais. Com isto, encontramos neste paciente taquicardia ou bradicardia, agitação ou sonolência, palidez, sudorese, perda de coordenação motora que pode afetar a marcha, a fala e os movimentos oculares. Pode ocorrer hipotensão ou hipertensão uma vez que a nafazolina pode também estimular os receptores alfa 1-adrenérgicos periféricos causando hipertensão transitória que se observa no estágio inicial da intoxicação. Além disto o paciente fica sujeito à depressão respiratória, miose, hipotonia, hipotermia e hiporreflexia podendo chegar ao coma e apneia (Schvartsman, 2023).

1.5. Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico baseado na história de uso da droga sendo importante uma anamnese que contemple o interrogatório em relação a traumas, uso de medicamentos depressores respiratórios ou do sistema nervoso central como opioides, mas também relaxantes musculares, benzodiazepínicos, antipsicóticos, antidepressivos, clonidina, digoxina. Nesse contexto, o emprego da técnica dos cinco "W" descrita por Thompson et al. (2014) pode auxiliar o profissional de saúde a organizar as informações essenciais relacionadas ao caso. Essa abordagem considera os seguintes pontos: quem é o paciente exposto (*Who*), levando em conta idade, peso e antecedentes pessoais; o que foi utilizado (*What*), identificando a substância, qual a dose, via de exposição e possíveis coexposições; quando ocorreu a exposição (*When*), estabelecendo o intervalo entre o contato e o início dos sintomas; onde se deu a exposição em questão (*Where*), permitindo avaliar

riscos ambientais e possibilidade de recorrência; e, por fim, por que ocorreu a exposição (*Why*), diferenciando situações acidentais, automedicação, erro de prescrição ou tentativa de autoextermínio. A aplicação desse método fornece uma estrutura prática e objetiva para a anamnese toxicológica, aumentando a chance de identificar precocemente a substância envolvida e orientar condutas diagnósticas e terapêuticas adequadas. Exames toxicológicos específicos como a cromatografia de camada delgada geralmente são negativos não podendo afastar com isto a intoxicação. Exames laboratoriais gerais comumente estão normais e o eletrocardiograma pode evidenciar bradicardia ou arritmias (Hernandez et al, 2017).

1.6. Tratamento

Para tratamento estão indicadas medidas gerais de suporte como monitorização, acesso venoso e hidratação, não sendo útil o esvaziamento gástrico ou uso de carvão ativado nem medidas de eliminação do fármaco. Em casos que cursem com instabilidade hemodinâmica, além de oxigênio, aquecimento e manutenção do paciente acordado, pode ser necessário o uso de drogas como atropina, anti-hipertensivos como o nitroprussiato de sódio, expansores de volume e dopamina em caso de hipotensão arterial. O prognóstico é geralmente bom e, com sintomáticos e suporte adequados, o paciente estará assintomático após cerca de 12 horas (De Paulis, 2021; Hernandez et al, 2017).

1.7. Profilaxia

As intoxicações infantis por nafazolina são facilitadas por seu uso indiscriminado em crianças, sua disponibilidade nas residências e sua venda livre nas farmácias que leva à prática da automedicação. Um ponto importante em relação às intoxicações exógenas de modo geral é a prevenção da sua ocorrência através da educação e conscientização dos pais e responsáveis pelos cuidados com a criança ou adolescente. Somados o descuido parental e a

ausência de discernimento da criança, fica favorecida a ocorrência de eventos toxicológicos. De Paulis afirmou:

Programas de prevenção são importantes para minimizar a exposição da criança às substâncias tóxicas e conscientizar sobre os efeitos deletérios e, por vezes, fatais do contato com tais substâncias. O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas das síndromes tóxicas (toxíndromes) e a instituição da terapêutica adequada são essenciais para o prognóstico favorável no atendimento da criança vítima de intoxicação.

Uma boa medida é não usar qualquer medicamento sem orientação médica e ler com atenção as instruções da receita e da bula. No âmbito da atenção primária à saúde as práticas de capacitação dos trabalhadores da saúde voltadas às ações educativas, considerando toda a família como centro da ação profissional, podem contribuir para melhorar a prevenção das intoxicações (Sales, 2019).

2. OBJETIVO E METODOLOGIA

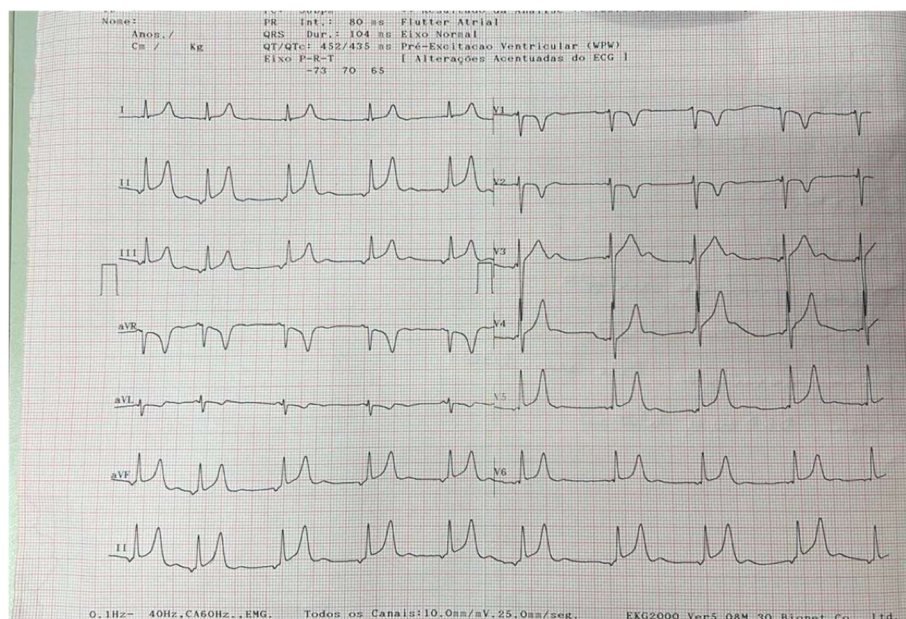
Descrever um caso de intoxicação aguda por nafazolina em um paciente pré-adolescente através da revisão do prontuário e da literatura. Foram utilizadas informações obtidas no prontuário da Unidade Básica de Saúde (UBS) e artigos publicados nas bases de dados elegíveis do Ministério da Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Public Medline or Publisher Medline (PubMed) e ScienceDirec, sem período de data definido, utilizando os descritores descongestionantes nasais, nafazolina intoxicação e pediatria.

3. RELATO DO CASO

Trata-se de um paciente do sexo masculino, então com 9 anos de idade, que compareceu acompanhado dos pais para uma consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde (UBS) em setembro de 2024. Durante a pré-consulta

a mãe queixou-se que a criança vinha apresentando infecções de vias aéreas superiores (IVAS) de repetição e que estava em investigação destes quadros. Naquele momento apresentava um quadro de rinossinusite para o qual usava, por via oral, 500 mg de amoxicilina a cada 8 horas e 20 mg de prednisona em uma tomada diária há cerca de 7 dias. A mãe referiu ainda que o menino se queixava de mal-estar e dor auricular há cerca de 15 dias. Durante a pré-consulta, a auxiliar de enfermagem que atendia a criança notou que a mesma se encontrava descorada e apática. Seus sinais vitais e antropometria neste momento foram: peso de 46,2 kg, estatura de 140 cm, índice de massa corporal (IMC) de 24 kg/m², pressão arterial (PA) de 180x130 mmHg, frequência cardíaca (FC) de 50 bpm, frequência respiratória (FR) de 18 irpm, temperatura axilar (Tax) de 35,5°C, saturação de oxigênio (SAT) em ar ambiente de 99% e glicemia capilar de 109 mg/dl. O paciente foi então transferido para a sala de urgência da unidade. Ao exame físico apresentava-se descorado +/-, hidratado, anictérico, acianótico, com diaforese e Glasgow 15. Tax de 35,5 °C, SAT em ar ambiente variando de 95 a 99%. Sem lesões na pele e com ausência de sinais meníngeos. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. O esqueleto estava íntegro e não havia sinais de traumas pelo corpo. A oroscopia e a otoscopia estavam sem alterações apesar da queixa de otalgia intensa. Na ausculta pulmonar (AP), o murmúrio vesicular estava presente simétrico e não havia ruídos adventícios, sendo sua FR de 18 irpm. Aparelho cardiovascular com ritmo regular em dois tempos e normofonese de bulhas, sem sopro audível, pulsos cheios e simétricos, o enchimento capilar era de 4 segundos, sua FC variava entre 54 a 61 bpm e mantinha PA de 180x110 mmHg. Recebeu medidas básicas de suporte, acesso venoso e 25 mg de captopril via oral resultando em pressão arterial de 140 x 100 mmHg após cerca de 35 minutos. Enquanto isto o transporte avançado foi chamado e uma vaga solicitada para remoção até uma unidade hospitalar. O eletrocardiograma (ECG) traçado na UBS naquele momento evidenciou ritmo atrial ectópico, FC de 59 bpm, QRS estreito, critérios eletrocardiográficos da repolarização ventricular como onda T ampla e apiculada (Figura 2).

Figura 2. Eletrocardiograma (ECG) traçado na UBS no momento do atendimento.



Fonte: Modificado pelo autor de Prontuário eletrônico Hygiaweb do paciente.

Manteve-se estável, monitorado na sala de urgência da UBS até a chegada do transporte para remoção de urgência para hospital. Durante todo o atendimento os pais estavam presentes na sala de urgência da UBS e ao serem perguntados sobre doenças prévias e uso de medicamentos, referiram que o paciente era portador de rinite crônica em uso de budesonida e loratadina, porém sem controle satisfatório. Vinha apresentando quadros de rinossinusite de repetição, sendo que no momento estava fazendo tratamento com amoxicilina acima referido. Negaram doenças prévias ou uso de qualquer medicamento de ação em sistema nervoso central pela criança ou por outros moradores da casa. Referiam uso apenas da amoxicilina, prednisona, loratadina e budesonida *spray* nasal. Em relação aos seus antecedentes, o pai portava rinite crônica e a mãe hipertensão arterial. A gestação foi tranquila, sem complicações relatadas, pré-natal adequado e nasceu de parto normal a termo e sem intercorrências. Informaram vacinação em dia, alimentação rica em ultraprocessados e desenvolvimento adequado para a idade. Negaram por mais de uma vez uso de medicamento controlado por outras pessoas da casa ao qual a criança pudesse

ter acesso. Somente ao chegar o transporte, enquanto o paciente era transferido de uma maca para a outra, a mãe, sendo novamente questionada e solicitada que repassasse na memória algum possível medicamento que a criança pudesse ter usado, lembrou-se de que o menino fazia uso de descongestionante nasal (Neosoro® - nafazolina). Referiu que o frasco ficava aos cuidados da própria criança que, segundo a mãe, usava em torno de 3 a 4 vezes por dia, mais de cinco gotas em cada narina há pelo menos 15 dias. A informação foi repassada para a equipe do transporte e a criança seguiu para hospital onde permaneceu internada até a noite do dia seguinte. Ao retornar em consulta na UBS a mãe nos referiu que neste período de internação foi suspenso o uso de nafazolina e confirmado o diagnóstico de rinossinusite pelo que foi iniciado amoxicilina com clavulanato 50 mg/kg/dia por 10 dias. Manteve-se estável com níveis pressóricos normais, sendo indicado sua alta hospitalar. Relatou-nos ainda que, internado, o menor realizou exames de ECG, ecocardiograma, radiografia de tórax e exames laboratoriais todos dentro da normalidade. Teve um retorno no ambulatório deste hospital no qual foi orientado a manter seguimento na UBS. No último retorno na UBS em setembro de 2025 o paciente mantinha a história de IVAS de repetição e queixa de roncos, respiração bucal e ruidosa, obstrução nasal e sono não reparador. Referiu várias idas ao pronto atendimento e uso frequente de antibióticos. Negou uso de nafazolina nasal e fazia uso irregular de corticoide tópico nasal bem como da loratadina e do soro fisiológico para lavagem nasal. A dieta ainda se mantinha rica em carboidratos e alimentos ultraprocessados.

Ao exame clínico, agora aos 10 anos de idade, apresentava um peso de 51,8 Kg, sua estatura foi aferida em 146 cm, o IMC calculado foi de 24 e a PA de 120x70 mmHg. Plotados os dados nos gráficos de crescimento definidos pela Organização Mundial da Saúde, seu peso estava acima do percentil 97 sendo extrapolado para fora do gráfico, a estatura encontrava-se logo acima do percentil 85 e o IMC acima do percentil 97. Com estes índices antropométricos o paciente pode ser classificado como tendo peso elevado para a idade, estatura adequada para a idade e obesidade refletindo a sua realidade alimentar. Em relação à pressão arterial esta se apresentava com uma tendência a hipertensão

- PA elevada para sexo, idade e altura - uma vez que a pressão sistólica aferida se encontrava $\geq P95$ e a pressão diastólica $\geq P50$ e $< P90$. Não constava em prontuário que os responsáveis pelo paciente tenham sido orientados a fazer aferições da PA embora a mãe tenha feito referência a um exame de monitorização da pressão arterial (MAPA) dentro dos padrões de normalidade, mas não nos trouxe estes resultados. Na oroscopia chamava a atenção a hipertrofia das amígdalas num grau III na escala de Brodsky. Os cornetos nasais do paciente mantinham-se pálidos e hipertrofiados. Nesta ocasião os exames laboratoriais checados na consulta se encontravam todos dentro dos valores de referência, salvo a dosagem do colesterol HDL que foi de 32 mg/dl. Estes resultados são apresentados na Tabela 1. Neste momento estabeleceram-se as hipóteses diagnósticas de obesidade, rinite e hipertrofia de amígdalas com provável hipertrofia de adenoide. O paciente foi orientado a fazer reeducação alimentar e atividades físicas; foram prescritos corticoide spray nasal, lavagem nasal com solução fisiológica, anti-histamínico oral nas crises e profilaxia ambiental. Foi solicitada radiografia do *cavum* e realizado encaminhamento solicitando avaliação otorrinolaringológica. Paciente e mãe foram orientados quanto à suspensão do uso de nafazolina nasal.

Este estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá com o parecer número 7.768.921 e CAAE 88391325.7.0000.5378. A revisão do prontuário foi autorizada pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP e o paciente bem como seu responsável autorizaram e viabilizaram seu consentimento através da leitura, compreensão e assinatura do TALE e do TCLE, respectivamente.

Tabela 1. Resultados dos exames laboratoriais do paciente

Exame	Data	Resultado	Valor de referência
Parasitológico de fezes	18/09/25	Negativo	
Ferro sérico	18/09/25	56 µg/dL	65 a 175 µg/dL
Transaminase TGP	18/09/25	17 U/L	0 a 55 U/L
Transaminase TGO	18/09/25	21 U/L	5 a 34 U/L
Ferritina	18/09/25	192,11 ng/mL	21,81 a 274,66 ng/L
Glicemia de jejum	18/09/25	85 mg/dL	< 100 mg/dL
Glicohemoglobina	18/09/25	5,70%	Desejável <7%
Colesterol total	18/09/25	124 mg/dL	Desejável inferior a 170 mg/dL
Triglicérides	18/09/25	64 mg/dL	Até 90 mg/dL
HDL	18/09/25	32 mg/dL	Desejável maior que 45 mg/dL
LDL	18/09/25	77,78 mg/dL	Desejável inferior a 110 mg/dL
Hemácias	18/09/25	4,65 milhões/µL	4 a 5,2 milhões/µL
Hemoglobina	18/09/25	12,1 g/dL	11,5 a 15,5 g/dL
Hematócrito	18/09/25	35,7 %	35 a 45 %
Leucócitos totais	18/09/25	12400/mm ³	4000 a 10000 /mm ³
Segmentados	18/09/25	60,1% - 7460/mm ³	1500 a 8500/mm ³
Linfócitos	18/09/25	28,4% - 3510/mm ³	1500 a 6500 /mm ³
Monócitos	18/09/25	7,5 % - 930/mm ³	0 a 1000/mm ³
Eosinófilos	18/09/25	3,9% - 480/mm ³	0 a 600/mm ³
Basófilos	18/09/25	0,1% - 10/mm ³	0 a 100 /mm ³
Plaquetas	18/09/25	282.000/mm ³	150000 a 400000/mm ³

Fonte: Modificado pelo autor de Prontuário eletrônico hygiaweb do paciente.

4. DISCUSSÃO

A nafazolina é um medicamento que possui uma janela terapêutica-tóxica muito estreita e a potencial intoxicação pode ocorrer na dose de 0,05mg/kg de peso corporal. Além da estimulação dos receptores α 2-adrenérgicos pós-sinápticos periféricos mediando as contrações das arteríolas que suprem nutrientes para a mucosa nasal, a nafazolina também atua como um agonista do receptor α 2-adrenérgico no sintoma do sistema nervoso central (Ono, 2017). Em crianças o uso inadequado ou a ingestão acidental de nafazolina pode causar depressão do sistema nervoso central e efeitos cardiovasculares. O sintoma mais comum de envenenamento por nafazolina é comprometimento da consciência seguido de bradicardia e disfunção hepática, podendo a pressão arterial aumentar ou diminuir devido à estimulação alfa do nervo periférico (Norman, 2023). No caso do nosso paciente, aplicada a escala de Glasgow com pontuação de 15, o nível de consciência estava em estado de sonolência leve. A bradicardia de 54 bpm se manteve durante todo o atendimento apenas atingindo níveis de 60 bpm quando o paciente era chamado e estimulado com movimentos leves de toque no seu tronco e a pressão arterial chegou a níveis de 180x110 mmHg. Muito embora a intoxicação exógena por nafazolina seja mais comum em crianças pequenas na faixa etária até 4 anos de idade (Bucaretschi, 2003), nós relatamos aqui um caso de intoxicação aguda leve em pré-adolescente de nove anos de idade evidenciando que crianças maiores podem apresentar o mesmo quadro. Também há na literatura relatos de tentativas de suicídio pela ingestão de muitos frascos de nafazolina (Uehara, 2024; Ono, 2017), porém este não foi o caso do nosso paciente. Como o diagnóstico é predominantemente clínico-epidemiológico, baseado no relato de exposição ao agente, pode ser difícil obter uma história toxicológica adequada pelo menos num primeiro momento. Em nosso atendimento, quando questionados sobre medicamentos ou substâncias potencialmente tóxicas disponíveis em casa, os pais negaram uso de psicotrópicos, de venenos e tiveram dificuldade em se recordar do uso da nafazolina para listá-la entre os medicamentos que a criança fazia uso naquela semana. Estando na Unidade

Básica de Saúde foi necessário solicitar remoção do paciente para ambiente hospitalar onde o tratamento prosseguiu conforme demanda do paciente em relação ao seu estado hemodinâmico. Constatamos intoxicação leve com os sinais e sintomas da toxíndrome por nafazolina tópica nasal compatíveis com os descritos na literatura e, felizmente, com evolução favorável (Schvartsman, 2023). Muitas pessoas, pais e responsáveis por pacientes pediátricos acreditam que a nafazolina não é um medicamento perigoso para suas crianças sendo apenas um composto bom, barato e que traz alívio rápido da tão incômoda obstrução nasal. Este descuido somado à falta de discernimento infantil, neste caso o frasco estava aos cuidados da criança, favorecem a ocorrência de intoxicações. Cabe aos profissionais da saúde, principalmente pediatras, fomentar conscientização a respeito destes riscos a cada consulta de pediatria e puericultura.

5. Conclusão

Nafazolina pode causar intoxicação significativa em crianças pequenas, mas também em adolescentes.

Conflito de interesse: Os autores não têm conflitos de interesse a divulgar.

Agradecimentos: Aos pacientes, nossa missão na vida, e aos colegas que ombreiam conosco dia após dia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (Sinitox). Tabela 7. Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e faixa etária. Brasil, 2017. Disponível em https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files/Brasil7_1.pdf. Acesso em: 24 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Farmacopeia Brasileira. Monografias. Insumos farmacêuticos e especialidades, v.2, 6ed, Brasília, 2019. Disponível em: https://bibliotecadigital.anvisa.gov.br/jspui/bitstream/anvisa/1093/1/Cloridrato%20de%20nafazolina_IF135-00_6ed_2019.pdf. Acesso em: 24 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Bulário eletrônico. Brasil, 2022. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/detalhe/395725?nomeProduto=CLORIDRATO%20DE%20NAFAZOLINA> . Acesso em: 24 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Instrução normativa – in, n. 285, Brasília, 7 de março de 2024 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-in-n-285-de-7-de-marco-de-2024-547762853>. Acesso em: 24 out. 2025.

BUCARETCHI, F.; DRAGOSAVAC, S.; VIEIRA, R.J. Exposição aguda a derivados imidazolínicos em crianças. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/xLS39xd4jvTdBBtGztgKLnP/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2025.

DE PAULIS, M. Tratado de Pediatria. In: JÚNIOR, D. C., BURNS, D. R., LOPEZ, F. A. (Orgs.). **Intoxicações exógenas agudas**. São Paulo: Manole, 2021. p. 509.

HERNANDEZ, E. M. M.; RODRIGUES, R. M. R.; TORRES, T. M. et al. **Manual de Toxicologia Clínica: Orientações para assistência e vigilância das intoxicações agudas**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 465 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2017/sms-12890/sms-12890-9611.pdf>. Acesso em: 26 out. de 2025.

NORMAN, K.; NAPPE, T.M. Bookshelf ID: NBK500023PMID: 29763199. In: StatPearls. **Alpha Receptor Agonist Toxicity**. Treasure Island (FL), 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500023/>. Acesso em: 24 out. 2025.

ONO, Y.; ONO, N.; SHINOHARA, K. Tissue Hypoperfusion, Hypercoagulopathy, and Kidney and Liver Dysfunction after Ingestion of a Naphazoline-Containing Antiseptic. **Case Reports in Emergency Medicine**. Fukushima, v. 2017, ID 3968045. <https://doi.org/10.1155/2017/3968045>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2017/3968045>. Acesso em: 24 out. 2025.

SALES, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. Práticas educativas para prevenção da intoxicação infantil na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Maringá-PR, v. 23(1), 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/j3JJKkTrtp3mm8gCxzwkfyg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2025.

SCHVARTSMAN, C. et al. Pronto-socorro. **Intoxicações exógenas**. (Coleção Pediatria do Instituto da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas - HCFMUSP). São Paulo. Editora Manole, 2023. p 197-206. Disponível em: [https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555767599/epubcfi/6/64\[%3Bvnd.vst.idref%3Dchapter18\]!/4](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555767599/epubcfi/6/64[%3Bvnd.vst.idref%3Dchapter18]!/4). Acesso em: 24 out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Gráficos de crescimento. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/departamentos/endocrinologia/graficos-de-crescimento/>. Acesso em: 24 out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Hipertensão arterial na infância e adolescência. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21635c-MO_-_Hipertensao_Arterial_Infanc_e_Adolesc.pdf. Acesso em: 24 out. 2025.

WESTFALL, T. C.; MACARTHUR, H.; WESTFALL, D. P. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman. In: PHD, LAURENCE L. B.; BJÖRN C.; KNOLLMANN, M. **Agonistas e antagonistas adrenérgicos**. 14. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2024. E-book. ISBN 9786558822400. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558822400/>. Acesso em: 24 out. 2025.

THOMPSON, T. M.; THEOBALD, J.; GABRIEL, C.; THOMAS, S. H. L. Five “W” s approach to poisoning history-taking. **Clinical Toxicology**, v. 52, n. 5, p. 448-450, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3109/15563650.2014.914530>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502914001436?via%3Dihub>. Acesso em: 24 out. 2025.

UEHARA, H.; TAGUCHI, D.; OSANAI, T. et al. Naphazoline intoxication with transient QT prolongation and acute myocardial injury. **Journal of Cardiology Cases**, v. 29, n.1, p. 11–14, 2024. Disponível em: [https://www.journalofcardiologycases.com/article/S1878-5409\(23\)00112-3/fulltext](https://www.journalofcardiologycases.com/article/S1878-5409(23)00112-3/fulltext). Acesso em: 24 out. 2025.