

Conselhos sobre o uso de máscaras para crianças da comunidade no contexto do COVID-19

Anexo ao Conselho sobre o uso de máscaras no contexto do COVID-19

21 de agosto de 2020



Objetivo do documento

Este documento fornece orientação para tomadores de decisão, profissionais de saúde pública e infantil para informar a política sobre o uso de máscaras para crianças no contexto da pandemia COVID-19. Não aborda o uso de máscaras para adultos que trabalham com crianças ou pais / responsáveis ou o uso de máscaras para crianças em ambientes de cuidados de saúde. Esta orientação provisória será revisada e atualizada à medida que surgirem novas evidências.

fundo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) aconselham o uso de máscaras de acordo com uma abordagem baseada no risco, como parte de um pacote abrangente de intervenções de saúde pública que podem prevenir e controlar a transmissão de certos vírus respiratórios doenças, incluindo COVID-19. O cumprimento de outras medidas, incluindo distância física, higiene das mãos, etiqueta respiratória e ventilação adequada em ambientes internos, é essencial para reduzir a disseminação do SARS-CoV-2, o vírus que causa o COVID-19.

Este guia fornece considerações específicas para o uso de máscaras não médicas, também conhecidas como máscaras de tecido, por crianças como um meio de controle de origem no contexto da atual pandemia de COVID-19. O documento é um anexo ao Conselho da OMS sobre o uso de máscaras no contexto do COVID-19 ¹ em que mais detalhes sobre máscaras de tecido podem ser encontrados. Este anexo também aconselha o uso de máscaras médicas para crianças sob certas condições. Para os fins desta orientação, crianças são definidas como qualquer pessoa com menos de 18 anos ²

Metodologia para desenvolver a orientação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) Prevenção e Controle de Infecções (IPC) Guidance Development Group (GDG) e especialistas do UNICEF e da International Pediatric Association (IPA) revisaram em conjunto as evidências disponíveis para desenvolver orientações sobre o uso de máscaras para crianças no contexto da atual pandemia. Cinco reuniões internacionais de especialistas foram realizadas entre junho e agosto de 2020. Na ausência de fortes evidências científicas, o consenso entre esses grupos constitui a principal base para esta orientação. Além disso, o projeto de orientação foi revisado por um grupo multidisciplinar de especialistas externos adicionais antes da finalização.

Evidência disponível

Transmissão de COVID-19 em crianças

Atualmente, até que ponto as crianças contribuem para a transmissão do SARS-CoV-2 não é totalmente compreendido. De acordo com o banco de dados de vigilância global da OMS de casos confirmados por laboratório desenvolvido a partir de formulários de relatórios de casos fornecidos à OMS pelos Estados Membros ³ e outros estudos, 1-7% dos casos de COVID-19 são relatados em crianças, com relativamente poucas mortes em comparação com outras faixas etárias ⁴⁻⁸. O Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças (ECDC) relatou recentemente a distribuição de idade de COVID-19 entre crianças na União Europeia (UE), Espaço Econômico Europeu (EEE) e Reino Unido (Reino Unido); relataram que, em 26 de julho de 2020, 4% de todos os casos na UE / EEE e no Reino Unido eram entre crianças ⁶

Até o momento, as evidências disponíveis sugerem que a maioria dos casos relatados entre crianças resultaram de transmissão dentro das famílias, embora esta observação possa ter sido influenciada pelo fechamento de escolas e outras medidas de permanência em casa implementadas por alguns países ^{7,9}. Embora o vírus competente para cultura tenha sido isolado de crianças sintomáticas com níveis de carga viral considerados semelhantes aos de adultos ¹⁰, evidências de estudos disponíveis de contatos de casos de COVID-19 e investigações de agrupamento sugerem que é improvável que crianças sejam os principais responsáveis pela transmissão de COVID-19 ^{7,9 11-14}. Até o momento, a transmissão documentada entre crianças e funcionários em ambientes educacionais é limitada ¹⁵⁻²⁰. As evidências também são limitadas em relação à prevalência de infecção por SARS-CoV-2 entre crianças, medida por estudos seroepidemiológicos. No entanto, as evidências disponíveis sugerem que a soroprevalência parece ser menor para crianças mais novas em comparação com crianças mais velhas e adultos ^{17,21-25}.

Os estudos sobre a carga viral e a duração da eliminação do vírus infeccioso em crianças em comparação com os adultos também são limitados. Um estudo publicado sugere que a carga viral em pacientes infectados pode variar de acordo com a idade e que crianças sintomáticas têm uma duração maior de eliminação viral do que crianças assintomáticas ²⁵ Alguns estudos relataram que crianças com menos de cinco anos apresentam menor

quantidades de RNA viral nas secreções respiratórias e fezes em comparação com crianças em idade escolar, adolescentes e adultos ^{26,27}. No entanto, um estudo dos Estados Unidos da América descobriu que crianças menores de cinco anos com COVID-19 leve a moderado têm maiores quantidades de RNA viral em suas amostras respiratórias superiores em comparação com crianças mais velhas e adultos ²⁸, enquanto um estudo pré-impresso (não revisado por pares) da Alemanha não relatou diferenças na quantidade de RNA viral entre adultos e crianças ²⁹

Em resumo, o grau em que apenas a idade, independentemente dos sintomas, afeta a carga viral e a transmissão não é bem compreendido.

Evidências disponíveis sobre o uso de máscaras em crianças para COVID-19 e outras doenças respiratórias

As evidências sobre os benefícios e danos de crianças usando máscaras para mitigar a transmissão de COVID-19 e outros coronavírus são limitadas. No entanto, alguns estudos avaliaram a eficácia do uso de máscara em crianças para influenza e outros vírus respiratórios ³⁰⁻³⁴. Um estudo de uso de máscara durante surtos de influenza sazonal no Japão observou que o uso de máscaras foi mais eficaz nas séries do ensino médio (crianças de 9 a 12 anos nas 4ª a 6ª séries) do que nas séries iniciais (crianças de 6 a 9 anos, nas séries 1-3) ³⁴ Um estudo, conduzido em condições de laboratório e usando não-betacoronavírus, sugeriu que crianças entre cinco e 11 anos de idade eram significativamente menos protegidas pelo uso de máscara em comparação com adultos, possivelmente relacionado ao ajuste inferior da máscara ³⁵ Outros estudos encontraram evidências de algum efeito protetor para influenza para o controle de origem ³⁰ e proteção em crianças ³⁴, embora a adesão geral ao uso consistente de máscara, especialmente entre crianças com menos de 15 anos, fosse pobre.

Alguns estudos, incluindo estudos realizados no contexto de influenza e poluição do ar, descobriram que o uso e a aceitabilidade do uso de máscara são altamente variáveis entre as crianças, variando de níveis muito baixos a aceitáveis e diminuindo com o tempo durante o uso de máscaras ^{30,31,33,36-38}. Um estudo foi realizado entre crianças da escola primária durante o COVID-19 e relatou conformidade de 51,6%. ³¹

Vários estudos descobriram que fatores como calor, irritação, dificuldades respiratórias, desconforto, distração, baixa aceitabilidade social e mau ajuste da máscara foram relatados por crianças ao usarem máscaras ^{30,33,36,37}. Até o momento, a eficácia e o impacto das máscaras para crianças durante as brincadeiras e atividades físicas não foram estudados; no entanto, um estudo em adultos descobriu que o respirador N95 e as máscaras cirúrgicas reduziram a capacidade cardiopulmonar durante esforços pesados ³⁹

Principais conclusões

De acordo com a evidência limitada disponível, crianças pequenas podem ter menor suscetibilidade à infecção em comparação com adultos ^{11,14}, no entanto, os dados disponíveis sugerem que isso pode variar com a idade entre as crianças ^{17, 21-25}. Dados de estudos de soropidemiologia e estudos de transmissão sugerem que crianças mais velhas (por exemplo, adolescentes) podem desempenhar um papel mais ativo na transmissão do que as mais jovens **crianças**. ^{11,14,17, 21-25}

Os benefícios do uso de máscaras em crianças para o controle do COVID-19 devem ser pesados contra os danos potenciais associados ao uso de máscaras, incluindo viabilidade e desconforto, bem como questões sociais e de comunicação. Os fatores a serem considerados também incluem grupos de idade, considerações socioculturais e contextuais e disponibilidade de supervisão de um adulto e outros recursos para prevenir a transmissão.

Há uma necessidade de dados de estudos prospectivos de alta qualidade em diferentes cenários sobre o papel de crianças e adolescentes na transmissão de SARS-CoV-2 ⁴⁰, sobre maneiras de melhorar a aceitação e conformidade do uso da máscara e sobre a eficácia do uso de máscaras em crianças. Esses estudos devem ser priorizados e incluir estudos prospectivos de transmissão em ambientes educacionais e domicílios estratificados por grupos de idade (idealmente <2, 2-4, 5-11 e> 12 anos) e com diferentes prevalências e padrões de transmissão. Deve-se dar ênfase especial aos estudos em escolas de baixa e média renda.

Conselhos para tomadores de decisão sobre o uso de máscaras para crianças na comunidade

Princípios orientadores gerais

Dada a evidência limitada sobre o uso de máscaras em crianças para COVID-19 ou outras doenças respiratórias, incluindo evidência limitada sobre a transmissão de SARS-CoV-2 em crianças em idades específicas, a formulação de políticas pelas autoridades nacionais deve ser orientada pelo seguinte princípios gerais de saúde pública e sociais:

- Não faça mal: o melhor interesse, a saúde e o bem-estar da criança devem ser priorizados. A orientação não deve impactar
- negativamente os resultados de desenvolvimento e aprendizagem.
- A orientação deve considerar a viabilidade de implementar recomendações em diferentes contextos sociais, culturais e geográficos, incluindo locais com recursos limitados, locais humanitários e entre crianças com deficiência ou condições de saúde específicas.

Conselhos sobre o uso de máscaras em crianças

A OMS e a UNICEF aconselham os tomadores de decisão a aplicar os seguintes critérios para o uso de máscaras em crianças ao desenvolver políticas nacionais, em países ou áreas onde há transmissão comunitária conhecida ou suspeita^{uma} de SARS-CoV-2 e em ambientes onde o distanciamento físico não pode ser alcançado.

1. Com base na opinião de especialistas coletada por meio de reuniões online e processos consultivos, crianças de até cinco anos não devem usar máscaras para controle de origem. Este conselho é motivado por uma abordagem de "não causar danos" e considera:

- marcos de desenvolvimento da infância^b 41
- desafios de conformidade e
- autonomia necessária para usar uma máscara corretamente.

Os especialistas (seguindo os métodos descritos acima) reconheceram que as evidências que sustentam a escolha do limite de idade são limitadas (ver acima, seção relacionada à transmissão de COVID-19 em crianças) e chegaram a essa decisão principalmente por consenso. A justificativa incluiu a consideração do fato de que, aos cinco anos de idade, as crianças geralmente alcançam marcos significativos de desenvolvimento, incluindo destreza manual e movimentos de coordenação motora finos necessários para usar apropriadamente uma máscara com o mínimo de assistência.

Em alguns países, a orientação e as políticas recomendam um limite de idade diferente e inferior para o uso de máscara⁴²⁻⁴⁵. É reconhecido que as crianças podem atingir marcos de desenvolvimento em diferentes idades e as crianças de cinco anos ou menos podem ter a destreza necessária para manejar uma máscara. Com base na abordagem de não causar danos, se o limite de idade inferior de dois ou três anos de idade for usado para recomendar o uso de máscara para crianças, supervisão apropriada e consistente, incluindo supervisão direta da linha de visão por um adulto competente e conformidade precisam ser garantidos, especialmente se o uso da máscara for esperado por um longo período de tempo. Isso serve para garantir o uso correto da máscara e para evitar qualquer dano potencial associado ao uso da máscara pela criança.

Crianças com deficiências cognitivas ou respiratórias graves que têm dificuldade em tolerar a máscara não devem, em nenhuma circunstância, ser obrigadas a usar máscaras.

Outras medidas de IPC, saúde pública e sociais devem ser priorizadas para minimizar o risco de transmissão do SARS-CoV-2 para crianças de até cinco anos de idade; especificamente mantendo a distância física de pelo menos 1 metro quando viável, educando as crianças para realizarem a higiene das mãos com frequência e limitando o tamanho das classes escolares. Também é observado que pode haver outras considerações específicas, como a presença de pessoas vulneráveis ou outros conselhos locais de saúde pública e médica que devem ser considerados ao determinar se crianças de cinco anos de idade ou menos precisam usar máscara.

2 Para crianças entre seis e 11 anos de idade, uma abordagem baseada no risco deve ser aplicada à decisão de usar uma máscara. Esta abordagem deve levar em consideração:

- intensidade da transmissão na área onde a criança se encontra e dados atualizados / evidências disponíveis sobre o risco de infecção e transmissão nessa faixa etária;
- ambiente social e cultural, como crenças, costumes, comportamento ou normas sociais que influenciam as interações sociais da comunidade e da população, especialmente com e entre crianças;
- a capacidade da criança de cumprir o uso apropriado de máscaras e a disponibilidade de supervisão apropriada de um adulto; impacto potencial do uso de máscara na aprendizagem e no desenvolvimento psicossocial; e
- considerações específicas adicionais e adaptações para ambientes específicos, como famílias com parentes idosos, escolas, durante atividades esportivas ou para crianças com deficiência ou com doenças subjacentes.

3. Conselhos sobre o uso de máscara em crianças e adolescentes de 12 anos ou mais devem seguir as orientações da OMS para o uso de máscara em adultos¹ e / ou as diretrizes nacionais de máscara para adultos.

Mesmo onde as diretrizes nacionais se aplicam, considerações específicas adicionais (veja abaixo) e adaptações para ambientes especiais como escolas, durante o esporte ou para crianças com deficiências ou com doenças subjacentes precisarão ser especificadas.

4. O uso de uma máscara médica para crianças imunocomprometidas ou para pacientes pediátricos com fibrose cística ou certas outras doenças (por exemplo, câncer) é geralmente recomendado, mas deve ser avaliado em consulta com o médico da criança^{46,47}.

^{uma} Definido pela OMS como "experimentando surtos maiores de transmissão local, definidos por meio de uma avaliação de fatores incluindo, mas não se limitando a: grande número de casos não vinculáveis às cadeias de transmissão; grande número de casos de vigilância sentinela; e / ou múltiplos clusters não relacionados em várias áreas do país / território / área" (<https://www.who.int/publications/m/item/human-infection-with-covid-19-virus-interim-guidance>)

^b Um exemplo de como considerar marcos de desenvolvimento infantil, conforme definido pelo CDC, está disponível aqui:

https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdfhttps://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdf

Para crianças de qualquer idade com distúrbios de desenvolvimento, deficiências ou outras condições de saúde específicas que possam interferir no uso da máscara, o uso de máscaras não deve ser obrigatório e deve ser avaliado caso a caso pelo educador da criança e / ou médico.

Considerações de implementação

Epidemiologia local e questões contextuais, como intensidade de transmissão, capacidade de se distanciar fisicamente ou implementar medidas de ventilação adequadas em ambientes internos, mistura de idades e contato com outros indivíduos vulneráveis devem ser considerados ao adotar conselhos sobre o uso de máscaras entre diferentes grupos de idade, além de danos potenciais e efeitos adversos do uso da máscara.

A comunicação apropriada para a idade com o objetivo de melhorar a compreensão da finalidade do uso da máscara, uso seguro e apropriado da máscara e manutenção das máscaras deve ser fornecida por pais / responsáveis, professores, educadores e membros da comunidade de confiança por meio de modelos de papéis. Materiais, mensagens e mecanismos de comunicação em máscaras para crianças devem permanecer flexíveis e adaptáveis e ser sistematicamente revisados e atualizados com base nas mudanças nas evidências e nas necessidades e questões da comunidade ^{48,49}.

As crianças também devem ser ouvidas em relação às suas percepções e quaisquer preocupações sobre o uso de máscara. A comunicação adaptada deve estar disponível para diferentes contextos sociais, culturais e linguísticos, com mecanismos de feedback implementados para responder às perguntas e expectativas das crianças.

Mensagens específicas de educação e comunicação devem ser desenvolvidas para garantir que o uso de máscaras não resulte em uma falsa sensação de segurança ou desconsideração de outras medidas de saúde pública por parte das crianças. É importante ressaltar que o uso de máscaras é uma ferramenta e que as crianças também devem aderir ao distanciamento físico, higiene das mãos e etiqueta respiratória. Pais, familiares, professores e educadores têm um papel fundamental em garantir que essas mensagens sejam transmitidas de forma consistente às crianças.

Estratégias para ajudar as crianças, especialmente em grupos de idade mais jovem, a gerenciar o uso de máscaras com segurança e eficácia devem ser incluídas na implementação deste conselho. Isso pode incluir processos para armazenamento seguro de máscaras usadas para reutilização pela mesma criança após comer ou se exercitar, armazenamento de máscaras sujas (por exemplo, em sacos ou recipientes dedicados) antes que possam ser lavadas e armazenamento e fornecimento de máscaras limpas adicionais se a máscara de uma criança se tornar suja, molhada ou perdida.

As máscaras devem ser disponibilizadas gratuitamente para crianças que vivem em famílias ou áreas geográficas com vulnerabilidades sociais e recursos limitados para garantir o acesso equitativo para todas as crianças. Deve-se considerar também o fornecimento de máscaras para a ida e volta da escola.

O design de máscaras faciais para crianças deve levar em consideração a qualidade geral do tecido, respirabilidade adequada e conforto ¹ e facilidade de uso para crianças (tamanho, cores, design, etc. apropriados) para ajudar a melhorar sua aceitação e uso pelas crianças. Atenção específica deve ser dada ao cuidado com as máscaras e à necessidade de as máscaras serem trocadas quando estiverem molhadas ou sujas. Medidas específicas precisarão ser aplicadas para crianças menores de 12 anos que estejam em uma situação em que sejam solicitadas a usar máscaras.

O limite de idade para o uso de máscara deve ser adaptado ao ambiente social ou escolar para evitar estigmatizar e alienar crianças em grupos de idades variadas, onde os indivíduos podem estar em lados opostos de um limite de idade recomendado. Por exemplo, em situações em que as crianças mais velhas para quem as máscaras são recomendadas estão na mesma classe que as crianças mais novas que estão abaixo da idade limite para usar máscaras, os alunos mais velhos podem ser dispensados de usar máscaras.

Considerações adicionais específicas para crianças com deficiência

Crianças com distúrbios de desenvolvimento ou deficiências podem enfrentar barreiras, limitações e riscos adicionais e, portanto, devem ter opções alternativas para o uso de máscara, como protetores faciais (veja abaixo). As políticas sobre máscaras devem ser adaptadas para crianças com deficiência com base em considerações sociais, culturais e ambientais.

Algumas crianças com deficiência requerem contato físico próximo com terapeutas, educadores ou assistentes sociais. Nesse contexto, é fundamental que todos os prestadores de cuidados adotem medidas essenciais de IPC, incluindo o uso de máscaras, e que os ambientes sejam adaptados para fortalecer o IPC.

O uso de máscaras por crianças com perda auditiva ou problemas auditivos pode apresentar barreiras de aprendizagem e outros desafios, exacerbados pela necessidade de aderir ao distanciamento físico recomendado ⁵⁰ Essas crianças podem perder oportunidades de aprendizagem por causa do sinal de fala degradado decorrente do uso de máscaras, a eliminação de leitura labial e expressões do orador e distanciamento físico. Máscaras adaptadas para permitir aplicação de lábios (por exemplo, máscaras transparentes) ou o uso de protetores faciais (veja abaixo) podem ser exploradas como uma alternativa às máscaras de tecido ⁵¹

Considerações adicionais específicas para configurações escolares

Para facilitar a operacionalização desta orientação em ambientes escolares (de acordo com os padrões nacionais), é aconselhável que as categorias de idade sejam adaptadas à estrutura de nível de educação nacional / local.

O uso de máscaras por crianças e adolescentes nas escolas deve ser considerado apenas como parte de uma estratégia abrangente para limitar a disseminação do COVID-19. Os seguintes documentos de orientação podem ser usados para informar a formulação de políticas e a programação, seja para uma estratégia de segurança escolar abrangente ao reabrir ou para operações no contexto do COVID-19:

- [Considerações da OMS para medidas de saúde pública relacionadas às escolas no contexto da estrutura COVID-19 WB / WFP /](#)
- [UNESCO / UNICEF para a reabertura de escolas](#)
- [Orientação provisória da OMS / UNICEF / IFRC para prevenção e controle de COVID-19 nas escolas](#)

Como parte da estratégia abrangente de segurança escolar para reabertura, as opiniões dos professores e educadores sobre a percepção dos riscos e a carga de tempo necessária para garantir a adesão às políticas COVID-19 nas escolas e salas de aula - incluindo o uso de máscaras pelas crianças - devem ser considerado. Situações em que o uso de máscara pode interferir significativamente no processo de aprendizagem e ter um impacto negativo nas atividades escolares críticas, como educação física, programas de alimentação, tempo para brincar e esportes - bem como no aprendizado - requerem consideração especial.

Se o uso de máscaras de tecido for recomendado nas escolas, instruções e suprimentos específicos devem ser fornecidos para o armazenamento seguro, manuseio e disponibilidade de máscaras de tecido (veja acima). Um suprimento suficiente de máscaras apropriadas deve ser garantido para todas as crianças em idade escolar. Os requisitos básicos de água, saneamento e higiene devem ser atendidos no prédio da escola para que medidas abrangentes de IPC possam ser implementadas, vinculadas a atividades educacionais específicas para a idade.

Se máscaras médicas ou descartáveis forem usadas em situações específicas, um sistema para gerenciamento de resíduos, incluindo o descarte de máscaras usadas, precisará ser estabelecido para reduzir o risco de máscaras contaminadas serem descartadas em salas de aula e playgrounds.

Nenhuma criança deve ter o acesso à educação negado devido ao uso de máscara ou à falta de uma máscara devido a poucos recursos ou indisponibilidade ⁵⁰

Alternativa para máscaras de tecido para crianças

Protetores faciais

Os protetores faciais são projetados para serem usados ⁵² para fornecer proteção contra respingos de fluido biológico (particularmente secreções respiratórias), agentes químicos e detritos ^{53,54} nos olhos. No contexto da proteção contra a transmissão do SARS-CoV-2 através de gotículas respiratórias, eles são usados por profissionais de saúde como equipamento de proteção individual (EPI) para proteção ocular em combinação com uma máscara médica ou respirador ^{55,56}. No contexto do COVID-19 em ambientes comunitários, algumas crianças podem não ser capazes de usar uma máscara por uma variedade de razões (por exemplo, problemas de saúde, medo de máscara) e, portanto, proteções faciais podem ser consideradas como uma alternativa às máscaras como proteção contra gotículas respiratórias ou como controle de fonte, com base na disponibilidade, viabilidade aprimorada e melhor tolerabilidade ^{57,58}. Alguns países, como Austrália ⁵⁹ Recomende protetores faciais como alternativa à máscara. Outros países, como Cingapura ⁶⁰ aconselham que tanto uma máscara quanto um escudo podem ser usados juntos, mas lembre-se de que crianças com necessidades especiais podem precisar ser dispensadas do uso de qualquer um deles.

A OMS e a UNICEF revisaram as evidências atuais disponíveis sobre o uso de protetores faciais para proteção contra gotículas respiratórias e / ou controle de fonte no contexto da pandemia de COVID-19. Embora uma máscara facial possa conferir proteção parcial ⁵⁵ da área facial contra gotículas respiratórias com o benefício adicional de facilidade de uso, a eficácia das proteções faciais para controle de fonte ainda não foi estudada adequadamente. As gotas podem ser exaladas ou inaladas a partir dos espaços abertos entre a viseira e o rosto ⁵², que é uma desvantagem inerente ao seu design ⁵³. Outras desvantagens de design incluem ofuscamento, embaçamento, imperfeição óptica e ser mais volumoso do que óculos de proteção e óculos de segurança ⁶¹. Existem muitos designs de protetores faciais emergentes que tentam superar essas limitações, mas os padrões de testes laboratoriais atuais apenas avaliam os protetores faciais por sua capacidade de fornecer proteção aos olhos contra respingos de produtos químicos ^{61,62}. Mais pesquisas e padrões de desafio laboratorial são urgentemente necessários para investigar a eficácia de protetores faciais para proteção contra gotículas respiratórias e / ou controle de fonte ⁵⁶. Atualmente, as máscaras faciais são consideradas apenas como um nível de proteção para os olhos e não devem ser consideradas equivalentes às máscaras no que diz respeito à proteção contra gotículas respiratórias e / ou controle da fonte.

A OMS e a UNICEF continuarão a monitorar as informações emergentes sobre o uso de protetores faciais para a prevenção da transmissão do vírus respiratório. A OMS e a UNICEF informam que quando a distância física não pode ser mantida e em situações especiais onde não é prático usar uma máscara (por exemplo, entre crianças com perda auditiva ou outras deficiências ou condições de saúde que limitam a conformidade com o uso de tecido ou máscaras médicas e conseqüentemente sua utilidade), protetores faciais podem ser usados levando-se em consideração as seguintes considerações:

- A proteção facial é uma barreira física incompleta e não fornece as camadas de filtragem de uma máscara.
- A proteção facial deve cobrir todo o rosto, ser enrolada nas laterais do rosto e se estender abaixo do queixo ⁵⁸
- As proteções faciais reutilizáveis devem ser devidamente limpas (com sabão ou detergente e água), desinfetadas (com álcool 70-90%) e armazenadas após cada uso ⁴⁴. Devem ser selecionados protetores faciais que suportem o uso de desinfetantes sem danificar suas propriedades ópticas.
- A distância física de pelo menos 1 m (3,3 pés) deve ser mantida sempre que possível, com a promoção contínua de higiene das mãos e etiqueta respiratória frequentes ⁵⁶
- Deve-se ter cuidado para evitar lesões quando as crianças vestem, usam e retiram protetores faciais.

Monitoramento e avaliação do impacto do uso de máscaras em crianças

Se as autoridades decidirem recomendar o uso de máscara para crianças, informações importantes devem ser coletadas regularmente para acompanhar e monitorar a intervenção. O monitoramento e a avaliação devem ser estabelecidos no início e devem incluir indicadores que medem o impacto na saúde da criança, incluindo a saúde mental; redução na transmissão de SARS-CoV-2; motivadores e barreiras ao uso de máscara; e impactos secundários no desenvolvimento da aprendizagem da criança, frequência escolar, capacidade de se expressar ou ter acesso à escola; e impacto nas crianças com atrasos no desenvolvimento, problemas de saúde, deficiências ou outras vulnerabilidades.

Os dados devem ser usados para informar as estratégias de comunicação; treinamento e apoio a professores, educadores e pais; atividades de engajamento para crianças; e distribuição de materiais que capacitem as crianças a usar máscaras de maneira adequada.

A análise deve incluir sexo, idade, estratificação física, social e econômica para garantir que a implementação da política contribua para reduzir as desigualdades sociais e de saúde.

A OMS e o UNICEF continuarão monitorando de perto as evidências emergentes sobre este tópico e a situação para quaisquer mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Se algum fator mudar, a OMS e o UNICEF irão publicar uma nova atualização. Caso contrário, este documento de orientação provisório expirará seis meses após a data de publicação.

Reconhecimentos

Este documento foi desenvolvido em consulta com os seguintes membros:

1. Grupo de Desenvolvimento de Orientação Ad-hoc COVID-19 do Programa de Emergências de Saúde da OMS (WHE):

Jameela Als Salman, Ministério da Saúde, Bahrein; Anucha Apisarnthanarak, Hospital da Universidade Thammasat, Tailândia; Baba Aye, Public Services International, França; Roger Chou, Oregon Health Science University, EUA; May Chu, Escola de Saúde Pública do Colorado, EUA; John Conly, Serviços de Saúde de Alberta, Canadá; Barry Cookson, University College London, Reino Unido (UK); Nizam Damani, Southern Health & Social Care Trust, Reino Unido; Dale Fisher, Goarn, Singapura; Tiouiri Benaissa Hanene, CHU La Rabta Tunísia; Joost Hopman, Radboud University Medical Center, Holanda; Mushtuq Husain, Instituto de Epidemiologia, Controle e Pesquisa de Doenças, Bangladesh; Kushlani Jayatileke, Hospital Geral Sri Jayewardenapura, Sri Lanka; Seto Wing Jong, Escola de Saúde Pública, Hong Kong SAR, China; Souha Kanj, Centro Médico da Universidade Americana de Beirute, Líbano; Daniele Lantagne, Tufts University, EUA; Fernanda Lessa, Centros de Controle e Prevenção de Doenças, EUA; Anna Levin, Universidade de São Paulo, Brasil; Yuguo Li, Universidade de Hong Kong, China; Ling Moi Lin, Sing Health, Cingapura; Caline Mattar, Aliança Mundial de Profissões de Saúde, EUA; MaryLouise McLaws, Universidade de New South Wales, Austrália; Geeta Mehta, Jornal de Segurança do Paciente e Controle de Infecção, Índia; Shaheen Mehtar, Rede de Controle de Infecção na África, África do Sul; ZiadMemish, Ministério da Saúde, Arábia Saudita; Babacar Ndoye, Rede de Controle de Infecção na África, Senegal; Fernando Otaiza, Ministério da Saúde, Chile; Diamantis Plachouras, Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças, Suécia; Maria Clara Padoveze, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil; Mathias Pletz, Universidade de Jena, Alemanha; Marina Salvadori, Agência de Saúde Pública do Canadá, Canadá; Ingrid Schoeman, TB Proof, África do Sul; Mitchell Schwaber, Ministério da Saúde, Israel; Nandini Shetty, Public Health England, Reino Unido; Mark Sobsey, Universidade da Carolina do Norte, EUA; Paul Ananth Tambyah, National University Hospital, Singapura; Andreas Voss, Canisus-Wilhelmina Ziekenhuis, Holanda; Walter Zingg, Hospitais da Universidade de Genebra, Suíça.

2. Especialistas da UNICEF:

Maya Arii, Gregory Built, Simone Carter, Carlos Navarro Colorado, Anne Detjen, Nada Elattar, Maria Agnese Giordano, Gagan Gupta, Nagwa Hasanin, Linda Jones, Raoul Kamadjeu, Sarah Karmin, Asma Maladwala, Ana Nieto, Luwei Pearson Sarah Karmin, Jerome Pfaffmann.

3 - Revisores externos:

Susanna Esposito, Associação Mundial de Doenças Infecciosas e Desordens Imunológicas e Universidade de Parma, Itália; Angela Dramowski, Stellenbosch University, África do Sul; Alfredo Tagarro, Universidad Europea de Madrid, Espanha.

Revisores do IPA:

Berthold Koletzko, Ludwig-Maximilians-Universität München, Alemanha; Margaret Fisher, Departamento de Pediatria, Monmouth Medical Center, EUA; Jonathan Klein, Universidade de Illinois em Chicago, Comitê Executivo da IPA e Ponto Focal para Colaboração da OMS, EUA; Jane E Lucas, Grupo Consultivo Estratégico da IPA sobre Desenvolvimento da Primeira Infância, Saúde Internacional e Desenvolvimento Infantil, EUA; Mohamad Mikati, Divisão de Neurologia Pediátrica e Medicina do Desenvolvimento, Duke University Medical Center, EUA; Aman Pulungan, Universidade da Indonésia e Sociedade Pediátrica da Indonésia e Associação Pediátrica da Ásia-Pacífico; Susan M Sawyer, Associação Internacional para a Saúde do Adolescente e

Universidade de Melbourne, Austrália; Mortada El-Shabrawi, Universidade do Cairo, Egito; Russell M Viner, Faculdade de Ciências da Saúde da População da University College London e da Royal College of Pediatrics and Child Health, Reino Unido.

- 4 Secretariado da OMS:
Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, Mekdim Ayana, Hanan Balkhy, April Baller, Elizabeth Barrera-Cancedda, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Sophie Harriet Dennis, Sergey Eremin, Dennis Nathan Ford, Jonas Gonseth-Garcia, Rebecca Grant, Tom Grein, Ivan Ivanov, Landry Kabego, Pierre Claver Kariyo, Ying Ling Lin, Olivier Le Poulin, Ornella Lincetto, Abdi Rahman Mahamud, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Pilar Ramon- PardoAlice Simniceanu, Valeska Stempljuk, Maha Talaat Ismail, João Paulo Toledo , Anthony Twywan, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed, Wilson Were.

Referências

- 1 Organização Mundial de Saúde. Conselhos sobre o uso de máscaras no contexto do COVID-19. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331528> acessado em 20 de agosto de 2020). UNICEF. Texto da Convenção sobre os Direitos da Criança. 1990 (<https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text> acessado em 20 de agosto de 2020).
- 2 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports> .
- 3 Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Características clínicas da doença coronavírus 2019 na China. N Engl J Med. 2020; 382 (18): 1708-20. Epub 2020/02/29.
- 4 Wortham JM, Lee JT, Althomsons S, et al. Características das pessoas que morreram com COVID-19 - Estados Unidos, 12 de fevereiro a 18 de maio de 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69 (28): 923-9. Epub 2020/07/17.
- 5 Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças. COVID-19 em crianças e o papel dos ambientes escolares na transmissão do COVID-19. 6 de agosto de 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-August%202020.pdf> acessado em 20 de agosto de 2020).
- 6 Equipe de resposta do CDC COVID-19. Coronavirus Disease 2019 in Children - Estados Unidos, 12 de fevereiro a 2 de abril de 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69 (14): 422-6. Epub 2020/04/10.
- 7 Ladhani SN, Amin-Chowdhury Z, Davies HG, et al. COVID-19 em crianças: análise do primeiro pico pandêmico na Inglaterra. Arch Dis Child. 2020: archdischild-2020-320042.
- 8 Resumo de informações conjuntas IPA-UNICEF COVID-19. Epidemiologia, espectro e impacto do COVID-19 em crianças, adolescentes e mulheres grávidas. (<https://ipa-world.org/> acessado em 20 de agosto de 2020).
- 9 L'Huillier AG, Torriani G, Pigny F, Kaiser L, Eckerle I. Culture-Competent SARS-CoV-2 in Nasopharynx of Symptomatic Neonates, Children, and Adolescents. Emerg Infect Dis. 2020; 26 (10). Epub 2020/07/01.
- 10 Goldstein E, Lipsitch M, Cevik M. Sobre o efeito da idade na transmissão de SARS-CoV-2 em domicílios, escolas e comunidade. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.03.20151101> acessado em 20 de agosto 2020).
- 11 Li X, Xu W., Dozier M, et al. O papel das crianças na transmissão do SARS-CoV-2: Uma revisão rápida. J Glob Health. 2020; 10 (1): 011101. Epub 2020/07/03.
- 12 Ludvigsson JF. É improvável que as crianças sejam os principais responsáveis pela pandemia de COVID-19 - Uma revisão sistemática. Acta Paediatr. 2020; 109 (8): 1525-30. Epub 2020/05/21.
- 13 Viner M, Mytton O, Bonnell C, et al. Suscetibilidade e transmissão de COVID-19 entre crianças e adolescentes em comparação com adultos: uma revisão sistemática e meta-análise. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.20.20108126v1> acessado em 20 de agosto de 2020).
- 14 Macartney K., Quinn HE, Pillsbury AJ, Koirala A, Deng L., Winkler N., et al. Transmissão de SARS-CoV-2 em ambientes educacionais australianos: um estudo de coorte prospectivo. Lancet Child Adolesc Health. 2020. Epub 2020/08/08.
- 15 Fontanet A, Grant R, Tondeur L, et al. Infecção por SARS-CoV-2 em escolas primárias no norte da França: um estudo de coorte retrospectivo em uma área de alta transmissão. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.25.20140178v2> acessado em 20 de agosto de 2020).
- 16 Fontanet A, Tondeur L, Madec Y et al. Aglomerado de COVID-19 no norte da França: um estudo de coorte fechado retrospectivo. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.03.20151101> acessado em 20 de agosto de 2020)
- 17 Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, et al. Um grande surto de COVID-19 em uma escola secundária 10 dias após a reabertura das escolas, Israel, maio de 2020. Euro Surveill. 2020; 25 (29). Epub 2020/07/29.
- 18 Torres JP, Pineria C, De La Maza V, et al. Prevalência de anticorpos SARS-CoV-2 no sangue em uma grande comunidade escolar sujeita a um surto de Covid-19: um estudo transversal. Clin Infect Dis. 2020. Epub 2020/07/11.
- 19 Heavey L, Casey G, Kelly C, Kelly D, McDarby G. Nenhuma evidência de transmissão secundária de COVID-19 de crianças que frequentam a escola na Irlanda, 2020. Euro Surveill. 2020; 25 (21). Epub 2020/06/04.
- 20 Stringhini S, Wisniak A., Piumatti G, et al. Soroprevalência de anticorpos anti-SARS-CoV-2 IgG em Genebra, Suíça (SEROCoV-POP): um estudo de base populacional. Lanceta. 2020; 396 (10247): 313-9. Epub 2020/06/15.

22. Public Health England. Relatório de Vigilância Semanal da Doença Coronavírus 2019 (COVID-19). Resumo dos sistemas de vigilância COVID-19. 2020.
23. Streeck H, Schulte B, Kümmerer B, et al. Taxa de mortalidade por infecção de infecção por SARS-CoV-2 em uma comunidade alemã com um evento de super propagação. medRxiv. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v2> acessado em 20 de agosto de 2020).
24. Shakiba M, Nazari S, Mehrabian F, et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus COVID-19 na província de Guilan, Irã. medRxiv. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v2> acessado em 20 de agosto de 2020).
25. Lu Y, Li Y, Deng W, et al. A infecção sintomática está associada à duração prolongada da eliminação do vírus na doença leve do coronavírus em 2019: um estudo retrospectivo de 110 crianças em Wuhan. *Pediatr Infect Dis J.* 2020; 39 (7): e95-e9. Epub 2020/05/08.
26. Danis K, Epaulard O, Benet T, et al. Cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) nos Alpes Franceses, fevereiro de 2020. *Clin Infect Dis.* 2020; 71 (15): 825-32. Epub 2020/04/12.
27. Xu Y, Li X, Zhu B, et al. Características da infecção pediátrica por SARS-CoV-2 e possíveis evidências de eliminação persistente do vírus fecal. *Nat Med.* 2020; 26 (4): 502-5. Epub 2020/04/15.
28. Heald-Sargent T, Muller WJ, Zheng X, Rippe J, Patel AB, Kociolek LK. Diferenças Relacionadas à Idade nos Níveis de Síndrome Respiratória Aguda Grave Nasofaríngea do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) em Pacientes com Doença de Coronavírus Leve a Moderada 2019 (COVID-19). *JAMA Pediatr.* 2020. Epub 2020/08/04.
29. Jones TC, Mühlemann B, Veith T, et al. Uma análise da carga viral SARS-CoV-2 por idade do paciente. medRxiv. 2020 (<http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.06.08.20125484> acessado em 20 de agosto de 2020).
30. Canini L, Andreoletti L, Ferrari P, et al. Máscara cirúrgica para prevenir a transmissão da influenza em residências: um ensaio clínico randomizado. *PLoS One.* 2010; 5 (11): e13998. Epub 2010/11/26.
31. Chen X, Ran L, Liu Q, Hu Q, Du X, Tan X. Higiene das mãos, comportamento de uso de máscara e fatores associados durante a epidemia de COVID-19: um estudo transversal entre alunos do ensino fundamental em Wuhan, China. *Int J Environ Res Saúde Pública.* 2020; 17 (8). Epub 2020/04/26.
32. Simmerman JM, Suntarattiwong P, Levy J, et al. Resultados de um ensaio clínico randomizado doméstico de lavagem das mãos e máscaras faciais para reduzir a transmissão da influenza em Bangkok, Tailândia. *Influenza Outros vírus respiratórios.* 2011; 5 (4): 256-67. Epub 10/06/2011.
33. Suess T, Remschmidt C, Schink SB, et al. O papel das máscaras faciais e da higiene das mãos na prevenção da transmissão da influenza em residências: resultados de um ensaio clínico randomizado; Berlim, Alemanha, 2009-2011. *BMC Infect Dis.* 2012; 12: 26. Epub 28/01/2012.
34. Uchida M., Kaneko M., Hidaka Y, et al. Eficácia da vacinação e uso de máscaras contra a gripe sazonal na cidade de Matsumoto, Japão, na temporada 2014/2015: Um estudo observacional entre todas as crianças do ensino fundamental. *Prev Med Rep.* 2017; 5: 86-91. Epub 2016/12/17.
35. van der Sande M, Teunis P, Sabel R. As máscaras faciais profissionais e caseiras reduzem a exposição a infecções respiratórias entre a população em geral. *PLoS One.* 2008; 3 (7): e2618. Epub 2008/07/10.
36. Allison MA, Guest-Warnick G, Nelson D, et al. Viabilidade do uso de gel para as mãos e máscaras faciais em crianças do ensino fundamental durante a temporada de influenza. *Influenza Outros vírus respiratórios.* 2010; 4 (4): 223-9. Epub 2010/09/15.
37. Stebbins S, Downs JS, Vukotich CJ, Jr. Usando intervenções não farmacêuticas para prevenir a transmissão da influenza em crianças do ensino fundamental: perspectivas de pais e professores. *J Public Health Manag Pract.* 2009; 15 (2): 112-7. Epub 10/02/2009.
38. Smart NR, Horwell CJ, Smart TS, Galea KS. Avaliação da capacidade de uso de máscaras faciais contra a poluição do ar em crianças em idade escolar em Londres. *Int J Environ Res Saúde Pública.* 2020; 17 (11). Epub 2020/06/06.
39. Fikenzler S, Uhe T, Lavall D, et al. Efeitos das máscaras faciais cirúrgicas e FFP2 / N95 na capacidade de exercício cardiopulmonar. *Clin Res Cardiol.* 2020. Epub 2020/07/08.
40. Organização Mundial da Saúde. Transmissão de SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecções. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implicações-para-ipc-precaução-recomendações> acessado em 20 de agosto de 2020).
41. Shelov S AT. Cuidando do seu bebê e criança pequena: do nascimento aos 5 anos, quinta edição. Academia Americana de Pediatria. Elk Grove Village, IL. . 2009.
42. Centros para Controle e Prevenção de Doenças. Considerações sobre o uso de máscaras. Estados Unidos da América; 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/masks.html> acessado em 14 de agosto 2020).
43. Serviço Federal Suíço de Saúde Pública. Novo coronavírus: Máscaras. Koniz; 2020 (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-epidemien/novel-cov/masken.html> acessado em 20 de agosto de 2020).
44. Departamento de Saúde e Assistência Social. Capas para rosto: quando usar e como fazer a sua própria. Reino Unido; 2020 (<https://www.gov.uk/government/publications/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your-own/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your-own> acessado em 20 de agosto de 2020).
45. American Academy of Pediatrics. Coberturas faciais de pano para crianças durante o COVID-19. 2020 (<https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/Durante-COVID-19.aspx> acessado em 20 de agosto de 2020).

46. Centros para Controle e Prevenção de Doenças. Se você estiver imunocomprometido, proteja-se do COVID-19. Estados Unidos da América; 2020 (<https://www.cdc.gov> acessado em 20 de agosto de 2020).
47. Cystic Fibrosis Foundation. Perguntas e respostas da comunidade COVID-19. 2020 ([https://www.cff.org/Life-With-FC/Vida Diária / Germs-and-Staying-Healthy / FC-and-Coronavirus / COVID-19-Community-Questions-and-Answers / #: ~: text = People% 20with% 20CF% 20dev% 20continue, cross% 20infection% 20from% 20CF% 20germs](https://www.cff.org/Life-With-FC/Vida-Diaria/Germs-and-Staying-Healthy/FC-and-Coronavirus/COVID-19-Community-Questions-and-Answers/#:~:text=People%20with%20CF%20dev%20continue,cross%20infection%20from%20CF%20germs) . acessado em 20 de agosto de 2020).
48. Esposito S, Principi N. Para mascarar ou não mascarar crianças para superar COVID-19. Eur J Pediatr. 2020. Epub 2020/05/11.
49. Del Valle SY, Tellier R, Settles GS, Tang JW. Podemos reduzir a propagação da gripe nas escolas com máscaras faciais? Am J Infect Control. 2010; 38 (9): 676-7. Epub 2010/07/08.
50. American Cochlear Implant Alliance. Consideração dos protetores faciais como uma opção de retorno à escola. 2020 (<https://www.acialliance.org/page/consideration-of-face-shields-as-r> acessado em 20 de agosto de 2020).
51. Nações Unidas. Máscaras transparentes ajudam na comunicação para deficientes auditivos. 2020 (<https://www.un.org/en/coronavirus/transparent-masks-aid-communication-hard-hearing> acessado em 20 de agosto de 2020).
52. Lindsley WG, Noti JD, Blachere FM, Szalajda JV, Beezhold DH. Eficácia de protetores faciais contra gotículas de aerossol para tosse de um simulador de tosse. J Occup Environ Hyg. 2014; 11 (8): 509-18. Epub 29/01/2014.
53. Hirschmann MT, Hart A, Henckel J, Sadoghi P, Seil R, Mouton C. COVID-19 coronavírus: equipamento de proteção individual recomendado para o cirurgião ortopédico e de trauma. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020; 28 (6): 1690-8. Epub 2020/04/29.
54. Anon JB, Denne C, Rees D. Escudo facial de proteção aprimorada usado pelo paciente para endoscopia flexível. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020; 163 (2): 280-3. Epub 2020/06/10.
55. Kähler CJ, Hain R. Mecanismos de proteção fundamentais de máscaras faciais contra infecções por gotículas. Journal of Aerosol Science 148, 105617. (<https://doi.org/10.1016/j.jaerosc> acessado em 20 de agosto de 2020).
56. Organização Mundial da Saúde. Uso racional de equipamentos de proteção individual para doença coronavírus 2019 (COVID-19). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274340/retrieve> acessado em 20 de agosto de 2020).
57. Tony Blair Institute for Global Change. O papel dos protetores faciais na resposta à Covid-19. 2020 (<https://institute.global/sites/default/files/articles/The-Role-of-Face-Shield> acessado em 20 de agosto de 2020).
58. Perencevich EN, Diekema DJ, Edmond MB. Movendo equipamento de proteção individual para a comunidade: protetores faciais e contenção de COVID-19. JAMA. 2020. Epub 2020/04/30.
59. Saúde e Serviços Humanos do Estado de Victoria. Coberturas faciais: Victoria inteira. 2020 (<https://www.dhhs.vic.gov.au/face-coverings-covid-19#what-does-wear-a-face-cobrindo-mean> acessado em 20 de agosto de 2020).
60. Ministério da Saúde. Orientação para uso de máscaras e protetores faciais. Singapura; 2020 ([https://www.moh.gov.sg/news-destaques / detalhes / orientação para o uso de máscaras e protetores faciais](https://www.moh.gov.sg/news-destaques/detalhes/orientação-para-o-uso-de-máscaras-e-protetores-faciais) acessado em 20 de agosto de 2020).
61. Roberge RJ. Protetores faciais para controle de infecção: uma revisão. J Occup Environ Hyg. 2016; 13 (4): 235-42. Epub 2015/11/13.
62. Organização Mundial da Saúde. Pacote de commodities para doenças v5. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/emergencies/what-we-do/prevention> acessado em 20 de agosto de 2020).

A OMS e o UNICEF continuam monitorando a situação de perto para verificar quaisquer mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Se algum fator mudar, uma atualização será emitida. Caso contrário, este documento de orientação provisório expirará 2 anos após a data de publicação.