

Orientação sobre o uso de máscaras por crianças na comunidade no contexto da COVID-19

Anexo à Orientação sobre o uso de máscaras no contexto da 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 orientar a política sobre o uso de máscaras por crianças no contexto da pandemia da COVID-19. Ele não aborda o uso de máscaras por adultos que trabalham com crianças ou pais/responsáveis ou o uso de máscaras por crianças em ambientes de atendimento de saúde. Esta orientação provisória será revisada e atualizada à medida que surgirem novas evidências.

Retrospectiva

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 com base nos riscos, como parte de um pacote abrangente de intervenções de saúde pública que podem prevenir e controlar a transmissão de certas doenças respiratórias virais, incluindo a COVID-19. O cumprimento de outras medidas, incluindo distanciamento físico, higiene das mãos, etiqueta respiratória e ventilação adequada em ambientes internos, é essencial para reduzir a propagação do SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19.

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

Metodologia para desenvolvimento da orientação

O grupo de desenvolvimento de orientações (*Guidance Development Group* – GDG, em inglês) para prevenção e controle de infecção (PCI) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e especialistas do Unicef e da Associação Pediátrica Internacional (*International Paediatric Association* – IPA, em inglês) analisaram em conjunto as evidências disponíveis para desenvolver orientações sobre o uso de máscaras por crianças no contexto da atual pandemia. Cinco reuniões de especialistas internacionais foram realizadas entre junho e agosto de 2020. Na ausência de evidências científicas fortes, o consenso entre esses grupos constitui a base principal para esta orientação. Além disso, o esboço da orientação foi revisado por um grupo multidisciplinar de especialistas externos adicionais antes da finalização.

Evidências disponíveis

Transmissão da COVID-19 em crianças

Atualmente, não é totalmente compreendido até que ponto as crianças contribuem para a transmissão do SARS-CoV-2. De acordo com o banco de dados de vigilância global da OMS de casos confirmados por laboratório desenvolvido a partir de formulários de notificação de casos fornecidos à OMS pelos Estados Membros³ e outros estudos, 1-7% dos casos de COVID-19 são notificados 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 da COVID-19 entre crianças da União Europeia (UE), do Espaço Econômico Europeu (EEE) e do Reino Unido (UK). Relataram que, em 26 de julho de 2020, 4% de todos os casos ocorridos na UE/EEE e no Reino Unido foram em crianças.⁶

Até o momento, a evidência disponível sugere que a maioria dos casos relatados em crianças resultaram de transmissão dentro da família, embora essa observação possa ter sido influenciada pelo fechamento das 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 dos adultos,¹⁰ as evidências dos estudos disponíveis de contatos de casos de COVID-19 e investigações de *clusters* sugerem que é improvável que as crianças sejam os principais causadores da transmissão da COVID-19.^{7,9 11-14} Até o momento, a transmissão documentada entre crianças e funcionários em ambientes educacionais é limi-

tada.¹⁵⁻²⁰ Também são limitadas as evidências em relação à prevalência da infecção por SARS-CoV-2 entre crianças, medida por estudos soropidemiológicos. No entanto, as evidências disponíveis sugerem que a soroprevalência parece ser menor em crianças mais novas do que em crianças mais velhas e adultos.^{17,21-25}

Também são limitados os estudos sobre carga viral e duração da disseminação do vírus infeccioso em crianças em comparação com adultos. 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 as crianças assintomáticas.²⁵ Alguns estudos relataram que crianças com menos de cinco anos apresentam menor quantidade 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 abaixo de cinco anos com COVID-19 leve a moderado têm maiores quantidades de RNA viral em suas amostras das vias respiratórias superiores em comparação com crianças mais velhas e adultos,²⁸ ao passo que um estudo ainda não publicado (sem revisão de pares) da Alemanha não relatou diferenças na quantidade de RNA viral entre adultos e crianças.²⁹

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

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

As evidências sobre os benefícios e danos para crianças que usam máscaras para mitigar a transmissão da COVID-19 e outros coronavírus são limitadas. No entanto, alguns estudos avaliaram a efetividade do uso de máscara por crianças para prevenção de gripe e outros vírus respiratórios.³⁰⁻³⁴ Um estudo de uso de máscara durante surtos de gripe sazonal no Japão observou que o uso de máscaras foi mais efetivo nas classes com crianças mais velhas (crianças de 9 a 12 anos, da quarta à sexta série) do que nas classes mais novas (crianças de 6 a 9 anos, da primeira à terceira série).³⁴ Um estudo, conduzido em condições de laboratório e usando não betacoronavírus, sugeriu que as crianças entre 5 e 11 anos de idade estavam significativamente menos protegidas pelo uso de máscara em comparação com os adultos, um resultado possivelmente relacionado à vedação inferior da máscara.³⁵ Outros estudos encontraram evidências de algum efeito protetor para gripe tanto para controle de origem³⁰ quanto para proteção em crianças,³⁴ embora a adesão geral ao uso constante da máscara, especialmente entre crianças com menos de 15 anos, tenha sido deficiente.

Alguns estudos, incluindo estudos conduzidos no contexto da gripe e da 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 de uso da máscara.^{30,31,33,36-38} Um estudo foi realizado entre crianças do ensino fundamental durante a COVID-19 e relatou uma adesão de 51,6%.³¹

Vários estudos descobriram que fatores como calor, irritação, dificuldade respiratória, desconforto, distração, baixa aceitabilidade social e mau ajuste da máscara foram relatados por crianças ao usarem máscaras.^{30,33,36,37} Até agora, não foram estudadas a efetividade e a repercussão do uso de máscaras por crianças durante as brincadeiras e atividades físicas; no entanto, um estudo em adultos revelou que o respirador N95 e as máscaras cirúrgicas reduziram a capacidade cardiopulmonar durante esforços vigorosos.³⁹

Principais conclusões

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

Os benefícios do uso de máscaras por crianças para o controle da 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 faixas etárias, 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 ambientes sobre o papel das crianças e adolescentes na transmissão do SARS-CoV-2⁴⁰, sobre as formas de melhorar a aceitação e adesão ao uso da máscara e sobre a efetividade do uso de máscaras por crianças. Esses estudos devem ser priorizados e incluir estudos prospectivos de transmissão em ambientes educacionais e domicílios estratificados por faixa etária (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.

Orientações para os tomadores de decisão sobre o uso de máscaras por crianças na comunidade

Princípios orientadores gerais

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

- Não causar danos: 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 da implementação das recomendações em diferentes contextos sociais, culturais e geográficos, incluindo ambientes com recursos limitados, contextos humanitários e entre crianças com deficiência ou condições de saúde específicas.

Orientação sobre o uso de máscaras por crianças

A OMS e o Unicef aconselham os tomadores de decisão a aplicar os seguintes critérios para o uso de máscaras por crianças ao desenvolverem políticas nacionais, em países ou áreas em que haja transmissão comunitária conhecida ou suspeita^a de SARS-CoV-2 e em locais em que o distanciamento físico não possa ser efetuado.

1. Com base na opinião de especialistas coletada por meio de reuniões *online* e processos consultivos, as crianças de até cinco anos não devem usar máscaras para controle da fonte. Essa orientação é motivada por uma abordagem que visa “não causar danos” e leva em consideração:
 - marcos de desenvolvimento da infância^{b 41}
 - dificuldades de adesão e
 - autonomia necessária para o uso correto da máscara

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

Em alguns países, a orientação e as políticas recomendam um limite de idade diferente e inferior para o uso de máscara.⁴²⁻⁴⁵ É reconhecido que as crianças podem atingir marcos de desenvolvimento em diferentes idades e que as crianças com cinco anos de idade ou menos podem ter a destreza necessária para manejar uma máscara. Com base na abordagem de não causar danos, se idade mínima de dois ou três anos for usado para recomendar o uso de máscara para crianças, é preciso garantir que haja supervisão apropriada e constante, incluindo supervisão direta da linha de visão por um adulto competente, e adesão, especialmente se o uso da máscara for esperado por um longo período de tempo. Isso é feito para garantir o uso correto da máscara e evitar qualquer dano em 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 PCI, saúde pública e sociais devem ser priorizadas para minimizar o risco de transmissão do SARS-CoV-2 para crianças de cinco anos de idade ou menos, especificamente mantendo a distância física de pelo menos um metro quando viável, educando as crianças para realizar a higiene das mãos com frequência e limitando o tamanho das turmas escolares. Também é observado que pode haver outras considerações específicas, como a presença de pessoas vulneráveis ou outros aconselhamentos locais

^a Definido pela OMS como “tendo 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 entre si em várias áreas do país/território/área” (<https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-covid-19-caused-by-human-infection-with-covid-19-virus-interim-guidance>)

^b Um exemplo de como considerar marcos de desenvolvimento da infância, conforme definido pelo CDC, está disponível aqui: https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdf https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdf

de saúde pública e médica que devem ser levados em consideração ao determinar se as crianças de cinco anos de idade ou menos precisam usar máscara.

2. Para crianças entre 6 e 11 anos de idade, uma abordagem baseada no risco deve ser aplicada à decisão do uso de máscara. Essa 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 a comunidade e as interações sociais da população, especialmente com e entre crianças;
 - a capacidade da criança de cumprir a determinação de uso apropriado de máscaras e 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. As orientações sobre o uso de máscara por crianças e adolescentes com 12 anos ou mais devem seguir as orientações da OMS para o uso de máscara por adultos¹ e/ou as diretrizes nacionais sobre uso de máscara por adultos.

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

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

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 e/ou médico da criança.

Considerações para a implementação

A epidemiologia local e questões contextuais, como intensidade de transmissão, capacidade de distanciamento físico ou de implementação de medidas de ventilação adequadas em ambientes internos, mistura de idades e contato com outros indivíduos vulneráveis, devem ser levados em consideração ao se adotar orientações para o uso de máscaras em diferentes faixas etárias, além dos possíveis danos 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, seu uso seguro e apropriado e manutenção deve ser transmitida por pais/responsáveis, professores, educadores e membros da comunidade de confiança por meio do exemplo. Os materiais, mensagens e mecanismos de comunicação sobre o uso de máscaras por crianças devem permanecer flexíveis e adaptáveis e ser sistematicamente revisados e atualizados com base nas mudanças, nas evidências e nas necessidades e dúvidas da comunidade.^{48,49} As crianças também devem ser ouvidas em relação às suas percepções e quaisquer preocupações sobre o uso de máscara. Uma comunicação adaptada deve estar disponível para diferentes contextos sociais, culturais e linguísticos, com mecanismos de *feedback* 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 por 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.

Na implementação desse aconselhamento, devem ser incluídas estratégias para ajudar as crianças, especialmente nas faixas etárias mais jovens, a utilizar as máscaras com segurança e efetividade. Isso pode incluir um processo seguro para guardar a máscara usada para que seja reutilizada pela mesma criança após comer ou se exercitar, armazenamento de máscaras sujas (por exemplo, em sacos ou recipientes dedicados) antes de serem lavadas e guardadas, e fornecimento de máscaras limpas adicionais, se a máscara de uma criança se sujar, molhar ou for 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* das máscaras faciais para crianças deve levar em consideração a qualidade geral do tecido, respirabilidade e conforto adequados¹ e adequação para crianças (tamanho, cores, design apropriados, etc.) para ajudar a melhorar sua aceitação e uso pelas crianças. Atenção específica deve ser dada aos cuidados com as máscaras e à necessidade de que sejam trocadas quando estiverem molhadas ou sujas. Terão que ser aplicadas medidas específicas para crianças menores de 12 anos que estejam em uma situação em que lhes seja solicitado o uso de máscaras.

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

Considerações adicionais específicas para crianças com deficiência

As crianças com transtornos de desenvolvimento ou deficiências podem se deparar com barreiras, limitações e riscos adicionais e, portanto, devem receber opções alternativas de uso de máscara, tais como protetores faciais (ver 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 PCI, incluindo o uso de máscaras, e que os ambientes sejam adaptados para fortalecer a PCI.

O uso de máscaras por crianças com perda auditiva ou problemas auditivos pode suscitar barreiras de aprendizagem e outros problemas, que são exacerbados pela necessidade de adesão ao distanciamento físico recomendado.⁵⁰ Essas crianças podem perder oportunidades de aprendizagem por causa do sinal de fala degradado decorrente do uso de máscaras, da eliminação da leitura labial e das expressões faciais do orador e do distanciamento físico. Pode ser explorado o uso de máscaras adaptadas para permitir a leitura labial (por exemplo, máscaras transparentes) ou o uso de protetores faciais (veja abaixo) como alternativa às máscaras de tecido.⁵¹

Considerações adicionais específicas para ambientes 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 educacional 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 da COVID-19. Os seguintes documentos de orientação podem ser usados para nortear a formulação de políticas e programação, seja para uma estratégia de segurança escolar abrangente na reabertura ou para funcionamento no contexto da COVID-19:

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

Como parte da estratégia abrangente de segurança escolar para reabertura, deve se levar em consideração a opinião dos professores e educadores sobre a percepção dos riscos e da 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. Situações em que o uso de máscara possa interferir significativamente no processo de aprendizagem e ter um impacto negativo em atividades escolares críticas como educação física, programas de alimentação, tempo para brincar e esportes — bem como no aprendizado — exigem consideração especial.

Se o uso de máscaras de tecido for recomendado nas escolas, devem ser fornecidos instruções e suprimentos específicos para o armazenamento seguro, manuseio e disponibilidade de máscaras de tecido (ver 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

supridos no prédio da escola para que medidas abrangentes de PCI possam ser implementadas, vinculadas a atividades educacionais específicas para a idade.

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

A nenhuma criança deve ser negado o acesso à educação devido ao uso de máscara ou à falta de máscara decorrente de carência de recursos ou indisponibilidade.⁵⁰

Alternativa às máscaras de tecido para crianças

Protetores faciais

As viseiras ou escudos faciais são projetados para serem usados⁵² para fornecer proteção contra respingos de fluidos biológicos (principalmente secreções respiratórias), agentes químicos e resíduos^{53,54} nos olhos. No contexto da proteção contra a transmissão do SARS-CoV-2 por meio de gotículas respiratórias, eles são usados pelos profissionais de saúde como equipamento de proteção individual (EPI) para proteção dos olhos em combinação com uma máscara médica ou respirador.^{55,56} No contexto da COVID-19 em ambientes comunitários, algumas crianças podem não ser capazes de usar uma máscara por uma variedade de motivos (por exemplo, problemas de saúde, medo de máscara) e, portanto, os protetores faciais podem ser considerados como uma alternativa às máscaras como proteção contra gotículas respiratórias ou como controle de fonte, com base na disponibilidade, melhor viabilidade e melhor tolerabilidade.^{57,58} Alguns países, como a Austrália,⁵⁹ recomendam protetores faciais como alternativa à máscara. Outros países, como Cingapura,⁶⁰ recomendam que tanto uma máscara quanto uma viseira podem ser usadas ao mesmo tempo, mas reconhecem que crianças com necessidades especiais podem ter que ser dispensadas do uso de qualquer uma delas.

A OMS e o Unicef analisaram as evidências atuais disponíveis sobre o uso de protetores faciais para proteção contra gotículas respiratórias e/ou controle de origem no contexto da pandemia da COVID-19. Embora um escudo facial possa conferir proteção parcial⁵⁵ da área da face contra gotículas respiratórias com o benefício adicional da facilidade de uso, a efetividade dos protetores faciais para controle da fonte ainda não foi estudada adequadamente. Podem ser exaladas ou inaladas gotículas pelos vãos abertos entre a viseira e a face,⁵² o que é uma desvantagem inerente ao seu design.⁵³ Outras desvantagens do design incluem ofuscamento, embaçamento, imperfeição óptica e o fato de a viseira ser mais volumosa do que óculos de proteção e óculos de segurança.⁶¹ Estão surgindo muitos designs de protetores faciais que tentam superar essas limitações, mas os padrões atuais dos testes laboratoriais apenas avaliam os escudos faciais por sua capacidade de proteger os olhos contra respingos de produtos químicos.^{61,62} Mais pesquisas e padrões laboratoriais são urgentemente necessários para investigar a efetividade dos escudos faciais para proteção contra gotículas respiratórias e/ou controle de origem.⁵⁶ Atualmente, considera-se que os escudos faciais apenas oferecem um certo nível de proteção para os olhos e não devem ser considerados equivalentes às máscaras no que diz respeito à proteção contra gotículas respiratórias e/ou controle de origem.

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

- O protetor facial é uma barreira física incompleta e não fornece as camadas de filtragem de uma máscara.
- O protetor facial deve cobrir todo o rosto, envolver as partes laterais do rosto e se estender abaixo do queixo.⁵⁸
- Os protetores faciais reutilizáveis devem ser devidamente limpos (com sabão ou detergente e água), desinfetados (com álcool 70-90%) e armazenados 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 onde for viável, com 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 por crianças

Se as autoridades decidirem recomendar o uso de máscara para crianças, devem ser coletadas regularmente informações importantes para acompanhar e monitorar a intervenção. O monitoramento e a avaliação devem ser estabelecidos no início e devem incluir indicadores que meçam o impacto na saúde da criança, incluindo a saúde mental; redução na transmissão de SARS-CoV-2; motivos e barreiras ao uso das máscaras; e impactos secundários no desenvolvimento da aprendizagem da criança, frequência escolar, capacidade de se expressar ou de 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 orientar 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 a monitorar de perto as evidências que surgirem sobre este tópico e a situação de quaisquer mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Se houver mudança em algum dos fatores, a OMS e o Unicef publicarão uma nova atualização. Caso contrário, este documento de orientação provisório expirará no prazo de 6 meses após sua data de publicação.

Agradecimentos

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 Alsalmán, Ministério da Saúde, Bahrein; Anucha Apisarntharak, Thammasat University Hospital, 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, Cingapura; 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 Jayatilke, 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 para 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 Nova Gales do Sul, 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; Ziad Memish, 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, Hospital da Universidade Nacional, Cingapura; Andreas Voss, Canisus-Wilhelmina Ziekenhuis, Holanda; Walter Zingg, Hospitais da Universidade de Genebra, Suíça.
2. Especialistas do 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.

4. Revisores da 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 Internacional de Saúde e Desenvolvimento Infantil IPA sobre Desenvolvimento na Primeira Infância, 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.

5. 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, Pillar Ramon-PardoAlice Simniceanu, Valeska Stempluk, Maha Talaat Ismail, João Paulo Toledo, Anthony Twywan, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed, Wilson Were.

Referências

- World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 [Organização Mundial da Saúde. Aconselhamentos sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331693> acesso em 20 de agosto de 2020).
- Unicef. Convention on the Rights of the Child text. 1990 (<https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-texto> acesso em 20 de agosto de 2020).
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708-20. Epub 2020/02/29.
- Wortham JM, Lee JT, Althomsons S, et al. Characteristics of Persons Who Died with COVID-19 - United States, February 12-May 18, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(28):923-9. Epub 2020/07/17.
- European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. 6 August 2020 ([https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-de agosto de%202020.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-de%20agosto%20de%202020.pdf) acesso em 20 de agosto de 2020).
- CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(14):422-6. Epub 2020/04/10.
- Ladhani SN, Amin-Chowdhury Z, Davies HG, et al. COVID-19 in children: analysis of the first pandemic peak in England. *Arch Dis Child*. 2020:archdischild-2020-320042.
- Joint IPA-Unicef COVID-19 Information Brief. Epidemiology, Spectrum, and Impact of COVID-19 on Children, Adolescents, and Pregnant Women. (<https://ipa-world.org/society-resources/code/images/HjNYEYfuM250.pdf> acesso em 20 de agosto de 2020).
- 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.
- Goldstein E, Lipsitch M, Cevik M. On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.19.20157362v2> acesso em 20 de agosto de 2020).
- Li X, Xu W, Dozier M, et al. The role of children in transmission of SARS-CoV-2: A rapid review. *J Glob Health*. 2020;10(1):011101. Epub 2020/07/03.
- Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic - A systematic review. *Acta Paediatr*. 2020;109(8):1525-30. Epub 2020/05/21.
- Viner M, Mytton O, Bonnell C, et al. Susceptibility to and transmission of COVID-19 amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.20.20108126v1> acesso em 20 de agosto de 2020).
- Macartney K, Quinn HE, Pillsbury AJ, Koirala A, Deng L, Winkler N, et al. Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020. Epub 2020/08/08.
- Fontanet A, Grant R, Tondeur L, et al. SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.25.20140178v2> acesso em 20 de agosto de 2020).
- Fontanet A, Tondeur L, Madec Y et al. Cluster of COVID-19 in northern France: A retrospective closed cohort study. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.18.20071134v1> acesso em 20 de agosto de 2020)

18. Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(29). Epub 2020/07/29.
19. Torres JP, Pinera C, De La Maza V, et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in blood in a large school community subject to a Covid-19 outbreak: a cross-sectional study. *Clin Infect Dis.* 2020. Epub 2020/07/11.
20. Heavey L, Casey G, Kelly C, Kelly D, McDarby G. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(21). Epub 2020/06/04.
21. Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. *Lancet.* 2020;396(10247):313-9. Epub 2020/06/15.
22. Public Health England. Weekly Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Surveillance Report. Summary of COVID-19 surveillance systems. 2020.
23. Streeck H, Schulte B, Kümmerer B, et al. Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event. *medRxiv.* 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v2> acesso em 20 de agosto de 2020).
24. Shakiba M, Nazari S, Mehrabian F, et al. Seroprevalence of COVID-19 virus infection in Guilan province, Iran. *medRxiv.* 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20079244v1> acesso em 20 de agosto de 2020).
25. Lu Y, Li Y, Deng W, et al. Symptomatic Infection is Associated with Prolonged Duration of Viral Shedding in Mild Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Study of 110 Children in 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) in the French Alps, February 2020. *Clin Infect Dis.* 2020;71(15):825-32. Epub 2020/04/12.
27. Xu Y, Li X, Zhu B, , et al. Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. *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. Age-Related Differences in Nasopharyngeal Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Levels in Patients With Mild to Moderate Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Pediatr.* 2020. Epub 2020/08/04.
29. Jones TC, Mühlemann B, Veith T, et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. *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. Surgical mask to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. *PLoS One.* 2010;5(11):e13998. Epub 2010/11/26.
31. Chen X, Ran L, Liu Q, Hu Q, Du X, Tan X. Hand Hygiene, Mask-Wearing Behaviors and Its Associated Factors during the COVID-19 Epidemic: A Cross-Sectional Study among Primary School Students in Wuhan, China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8). Epub 2020/04/26.
32. Simmerman JM, Suntarattiwong P, Levy J, et al. Findings from a household randomized controlled trial of hand washing and face masks to reduce influenza transmission in Bangkok, Thailand. *Influenza Other Respir Viruses.* 2011;5(4):256-67. Epub 2011/06/10.
33. Suess T, Remschmidt C, Schink SB, et al. The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: results from a cluster randomised trial; Berlin, Germany, 2009-2011. *BMC Infect Dis.* 2012;12:26. Epub 2012/01/28.
34. Uchida M, Kaneko M, Hidaka Y, et al. Effectiveness of vaccination and wearing masks on seasonal influenza in Matsumoto City, Japan, in the 2014/2015 season: An observational study among all elementary schoolchildren. *Prev Med Rep.* 2017;5:86-91. Epub 2016/12/17.
35. van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. *PLoS One.* 2008;3(7):e2618. Epub 2008/07/10.
36. Allison MA, Guest-Warnick G, Nelson D, et al. Feasibility of elementary school children's use of hand gel and facemasks during influenza season. *Influenza Other Respir Viruses.* 2010;4(4):223-9. Epub 2010/09/15.
37. Stebbins S, Downs JS, Vukotich CJ, Jr. Using nonpharmaceutical interventions to prevent influenza transmission in elementary school children: parent and teacher perspectives. *J Public Health Manag Pract.* 2009;15(2):112-7. Epub 2009/02/10.
38. Smart NR, Horwell CJ, Smart TS, Galea KS. Assessment of the Wearability of Facemasks against Air Pollution in Primary School-Aged Children in London. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11). Epub 2020/06/06.
39. Fikenzer S, Uhe T, Lavall D, et al. Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity. *Clin Res Cardiol.* 2020. Epub 2020/07/08.
40. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Geneva: World Health Organization; 2020 [Organização Mundial de Saúde. Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2020] (<https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations> acesso em 20 de agosto de 2020).
41. Shelov S AT. Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5, Fifth Edition. American Academy of Pediatrics. Elk Grove Village, IL. . 2009.
42. Centers for Disease Control and Prevention. Considerations for Wearing Masks. United States of America; 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover-guidance.html> acesso em 14 de agosto de 2020).
43. Swiss Federal Office for Public Health. New coronavirus: Masks. Koniz; 2020 (<https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/masken.html> acessado em 20 de agosto de 2020).
44. Department of Health and Social Care. Face coverings: when to wear one and how to make your own. United Kingdom; 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> acesso em 20 de agosto de 2020).

45. American Academy of Pediatrics. Cloth Face Coverings for Children During COVID-19. 2020 (<https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/Pages/Cloth-Face-Coverings-for-Children-During-COVID-19.aspx> acessado em 20 de agosto de 2020).
46. Centers for Disease Control and Prevention. If You Are Immunocompromised, Protect Yourself From COVID-19. United States of America; 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/immunocompromised.html> acesso em 20 de agosto de 2020).
47. Cystic Fibrosis Foundation. COVID-19 Community Questions and Answers. 2020 (<https://www.cff.org/Life-With-CF/Daily-Life/Germs-and-Staying-Healthy/CF-and-Coronavirus/COVID-19-Community-Questions-and-Answers/#:~:text=People%20with%20CF%20should%20continue,cross%2Dinfection%20from%20CF%20germs>. acesso em 20 de agosto de 2020).
48. Esposito S, Principi N. To mask or not to mask children to overcome COVID-19. *Eur J Pediatr*. 2020. Epub 2020/05/11.
49. Del Valle SY, Tellier R, Settles GS, Tang JW. Can we reduce the spread of influenza in schools with face masks? *Am J Infect Control*. 2010;38(9):676-7. Epub 2010/07/08.
50. American Cochlear Implant Alliance. Consideration of face shields as a return to school option. 2020 (<https://www.acialliance.org/page/consideration-of-face-shields-as-return-to-school-option> acesso em 20 de agosto de 2020).
51. United Nations. Transparent masks aid communication for hard of hearing. 2020 (<https://www.un.org/en/coronavirus/transparent-masks-aid-communication-hard-hearing> acesso em 20 de agosto de 2020).
52. Lindsley WG, Noti JD, Blachere FM, Szalajda JV, Beezhold DH. Efficacy of face shields against cough aerosol droplets from a cough simulator. *J Occup Environ Hyg*. 2014;11(8):509-18. Epub 2014/01/29.
53. Hirschmann MT, Hart A, Henckel J, Sadoghi P, Seil R, Mouton C. COVID-19 coronavirus: recommended personal protective equipment for the orthopaedic and trauma surgeon. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2020;28(6):1690-8. Epub 2020/04/29.
54. Anon JB, Denne C, Rees D. Patient-Worn Enhanced Protection Face Shield for Flexible Endoscopy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;163(2):280-3. Epub 2020/06/10.
55. Kähler CJ, Hain R. Fundamental protective mechanisms of face masks against droplet infections. *Journal of Aerosol Science* 148, 105617. (<https://doi.org/10.1016/j.jaerosci.2020.105617> acessado em 20 de agosto de 2020).
56. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Geneva: World Health Organization; 2020 [Organização Mundial de Saúde. Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19). Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274340/retrieve> acesso em 20 de agosto de 2020).
57. Tony Blair Institute for Global Change. The Role of Face Shields in Responding to Covid-19. 2020 (<https://institute.global/sites/default/files/articles/The-Role-of-Face-Shields-in-Responding-to-Covid-19.pdf> acesso em 20 de agosto de, 2020).
58. Perencevich EN, Diekema DJ, Edmond MB. Moving Personal Protective Equipment Into the Community: Face Shields and Containment of COVID-19. *JAMA*. 2020. Epub 2020/04/30.
59. Victoria State Health and Human Services. Face coverings: whole of Victoria. 2020 (<https://www.dhhs.vic.gov.au/face-coverings-covid-19#what-does-wearing-a-face-covering-mean> acessado em 20 de agosto de 2020).
60. Ministry of Health. Guidance for use of masks and face shields. Singapore; 2020 (<https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/guidance-for-use-of-masks-and-face-shields> acessado em 20 de agosto de 2020).
61. Roberge RJ. Face shields for infection control: A review. *J Occup Environ Hyg*. 2016;13(4):235-42. Epub 2015/11/13.
62. World Health Organization. Disease Commodity Package v5. Geneva: World Health Organization; 2020 [Organização Mundial de Saúde. Pacote de produtos para doença v5. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2020] (<https://www.who.int/emergencies/what-we-do/prevention-readiness/disease-commodity-packages/dcp-ncov.pdf?ua=1> acesso em de agosto de 20, 2020).

A OMS e o Unicef continuam a monitorar a situação de perto para identificar quaisquer mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Se houver mudança em algum dos fatores, uma atualização será publicada. Caso contrário, este documento de orientação provisório expirará 2 anos após sua data de publicação.

Versão oficial em português da obra original em Inglês

Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19: annex to the advice on the use of masks in the context of COVID-19, 21 August 2020

© World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020

WHO/2019-nCoV/IPC_Masks/Children/2020.1

OPAS-W/BRA/COVID-19/20-111

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.