

Surto de sarampo em adultos jovens em Victoria, 1999.

Stephen B. Lambert, Melissa L. Morgan, Michaela A. Riddell, Ross M. Andrews, Heath A. Kelly, Jennie A. Leydon, Mike C. Catton, Pauline A. Lynch, Debbie K. Gercovich, Rosemary A. Lester, John A. Carnie e Graham J. Rouch.

SUMÁRIO

Objetivos: Descrever um surto de sarampo em Victoria.

Modelo: Série de casos com casos identificados através da vigilância passiva intensificada e vigilância ativa relacionada a surto.

Local: Estado de Victoria, 1999.

Principais pontos pesquisados: Número de casos; vínculos e padrões epidemiológicos de transmissão; características demográficas do paciente e estado vacinal; complicações.

Resultados: 75 casos foram identificados (74 confirmados por laboratório; e um vinculado epidemiologicamente com um caso confirmado por laboratório), com início entre 11 de fevereiro e 2 de maio de 1999. O primeiro caso foi em uma mulher de 21 anos de idade que esteve de férias em Bali e trabalhou em um grande complexo de cinema em Melbourne. Dezesesseis casos ocorreram em pessoas que tiveram contato com o caso índice no cinema em uma sessão vespertina. O surto se alastrou para a região de Victoria e Sul da Austrália. A idade média dos pacientes foi 22 anos; 64 (85%) nasceram entre 1968 e 1981, com apenas um paciente no grupo etário alcançado pelo componente escola primária da Campanha de Controle do Sarampo na Austrália; esta criança não tinha sido vacinada. Mais de um terço dos pacientes (28) foram hospitalizados (total, 97 dias de internação) e cinco eram trabalhadores da saúde.

Conclusões: Este surto foi causado por importação internacional do vírus do sarampo. É de destaque a mudança na epidemiologia do sarampo na Austrália, de uma doença infantil para uma que predominantemente afeta adultos jovens. Um programa de vacinação infantil com duas doses, a vigilância cautelosa, e a resposta rápida aos surtos continuarão a ser a base do controle do sarampo, porém uma melhor proteção para os adultos jovens deve ser considerada.

MÉTODOS

Os casos foram identificados através de uma vigilância passiva intensificada e a vigilância ativa relacionada a surto.

Vigilância intensificada do sarampo

Os clínicos de Victoria e os laboratórios de diagnóstico são solicitados a notificarem ao departamento de saúde do estado os casos suspeitos de sarampo de acordo com os Regulamentos da Saúde (Doenças Infecciosas) de 1990. Em 1996, uma revisão do

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

sistema de vigilância do sarampo identificou deficiências, particularmente baixas taxas de confirmação laboratorial de casos notificados.⁴ Em 1997, um sistema de vigilância intensificada foi introduzido como um programa de colaboração entre a Seção de Doenças Transmissíveis do Departamento de Serviços Humanos e o Laboratório de Referência de Doenças Infecciosas de Victoria.^{5,6}

Logo, todas as notificações de sarampo feitas ao Departamento Vitoriano de Serviços Humanos são acompanhadas por entrevista telefônica estruturada com o paciente, e se este for criança, com seus pais ou tutores. Os dados demográficos, sintomas clínicos, e estado vacinal são registrados (de uma pessoa vacinada com dados disponíveis). Uma visita domiciliar é oferecida para coletar amostra de sangue para confirmação sorológica do diagnóstico. Mais recentemente, as amostras têm também sido coletadas para o teste de reação de polimerase em cadeia e, onde necessário, a genotipagem do vírus do sarampo.

Ações de saúde pública

As medidas gerais de saúde pública desenvolvidas em resposta ao surto incluíram a provisão de vacina MMR para a faixa etária de 18 a 30 anos; vacinação in loco em instituições educacionais com grande número de adultos jovens; alertas de saúde para os médicos em geral, clínicas, conselhos locais e hospitais; solicitações aos agentes de viagem para recomendar com insistência aos viajantes jovens que verifiquem seus estados vacinais; e impressos regulares e informações sobre o progresso do surto e a necessidade de vacinação para aqueles sob risco.

As medidas desenvolvidas nos casos individuais incluíram confirmação laboratorial do diagnóstico e coleta de amostras para estudos moleculares epidemiológicos; identificação da fonte e cadeia de transmissão; aviso aos pacientes sobre a necessidade de isolamento pessoal durante o período de infecção e os contatos (incluindo centros de saúde que tenha atendido qualquer caso infeccioso) sobre a vacinação e tratamento com imunoglobulina; e a vigilância ativa em local de trabalho ou ambientes sociais onde houver a exposição clara ao vírus do sarampo porém muito tarde para a administração da vacina MMR ou imunoglobulina.

RESULTADOS

O surto

O primeiro caso notificado foi em um garoto de 10 meses de idade que tinha sido admitido no hospital no subúrbio ocidental de Melbourne (início, 20 de fevereiro; notificado em 1 de março de 1999). O diagnóstico foi confirmado por laboratório, porém a entrevista por telefone com sua mãe não revelou a fonte de infecção. Mais tarde naquele dia, um clínico geral notificou um caso clínico de sarampo em um homem de 34 anos de idade que gerenciava um complexo de cinemas no subúrbio ocidental (início, 19 de fevereiro). Ele relatou a fonte como um membro da equipe que esteve doente no início do mês. Esta mulher de 21 anos de idade tinha retornado de férias em Bali em 30 de janeiro e desenvolveu os sintomas prodrômicos de sarampo em 11 de fevereiro. Ela vendeu bilhetes no cinema na tarde seguinte, uma sexta-feira atarefada.

Um total de 75 casos foi identificado em Victoria, com datas de início entre 11 de fevereiro e 2 de maio de 1999. Este total de casos incluiu 16 pessoas que tiveram contato com a empregada do cinema de 21 anos de idade em 12 de fevereiro, e um que foi ao *shopping center* onde se localizava o complexo, porém não o cinema. O irmão de 22 anos do primeiro paciente e sua namorada, foram também casos iniciais. Praticamente todos os casos (99%) foram confirmados por laboratório; a única exceção foi vinculada epidemiologicamente a um caso confirmado por laboratório. Este ocorreu em um homem sem-teto, e, embora suspeito de sarampo, não foi notificado. Quando os casos secundários de desenvolveram duas semanas após, o homem havia sumido.

Embora o surto tenha iniciado, e inicialmente limitado, ao subúrbio ocidental de Melbourne, espalhou-se para a grande Melbourne, regional de Victoria (incluindo Ballarat, Bendigo, e Echuca), e Sul da Austrália. Dois casos de sarampo confirmados por laboratório foram identificados em Adelaide: em um homem de 30 anos de idade que teve contato com outros casos confirmados por laboratório em um abrigo para sem-teto em Melbourne, duas semanas antes de sua admissão no hospital, e em um trabalhador de centro de saúde de 23 anos de idade.

Complicações da infecção

Durante o surto, 28 pessoas (37%) foram hospitalizadas para um total de 97 dias de internações (variação, dois a dez dias). A desidratação devido a incapacidade de deglutição e diarreia foram as causas mais comuns que levaram a admissão. Houveram também relatos de pneumonia e outras infecções bacterianas, como otite média, porém nenhuma morte.

Epidemiologia e transmissão

Os pacientes compreenderam 46 mulheres e 29 homens, A média de idade foi de 22 anos; 64 (85%) nasceram entre 1968 e 1981 (inclusive) e apenas oito (11%) após 1981. Seis desses não tinham sido vacinados, incluindo dois com idade inferior a um ano e portanto não elegíveis para vacinação. Apenas um caso ocorreu em um grupo etário alcançado pelo componente escola primária da Campanha para Controle do Sarampo na Austrália em 1998 – um paciente de oito anos de idade que não foi vacinado.

Um total de 40 casos (53%) foram envolvidos na cadeia de transmissão da empregada do cinema. Outras quatro cadeias de transmissão foram identificadas, envolvendo 10 pessoas, porém nenhuma conexão foi estabelecida entre o primeiro caso em cada dessas cadeias e a empregada do cinema. Em geral, a fonte imediatamente precedente de infecção foi identificada para 46 casos (61%).

Entre as cadeias de transmissão:

- Uma garota de 17 anos de idade foi diagnosticada com sarampo em um departamento local de emergência, porém não foi alertada quanto ao isolamento ou outras medidas de saúde pública e não foi notificada ao Departamento de Serviços Humanos. Sua irmã mais velha de 21 anos promoveu um jantar festivo na noite seguinte; sete daqueles que compareceram desenvolveram sarampo confirmado por laboratório.;

- Uma professora de 23 anos que compareceu ao cinema em 12 de fevereiro foi ao trabalho enquanto sintomática; a infecção foi transmitida para um estudante não vacinado.
- As pessoas que compareceram a instituições educacionais terciárias contribuíram com 16 casos (21%), com quatro desses pertencentes ao mesmo campus universitário em Melbourne.

Casos preveníveis e falhas da vacina.

Um caso de sarampo foi definido como prevenível se ocorre em uma pessoa que nasceu durante ou após 1970 que não tenha evidência documentada de vacinação contra sarampo em idade apropriada, que não tenha contra-indicações médicas para o recebimento da vacina e que não tenha episódio prévio de sarampo confirmado de forma documentada.³ Usando esse critério, 61 casos foram classificados como preveníveis (81%) e 14 como não preveníveis (19%).

Os 14 casos não preveníveis incluíram seis que foram classificados como falhas da vacina. Todos tinham recebido apenas uma dose da vacina MMR, porém foram considerados vacinados em idade apropriada – dois tinham um ano de idade e receberam uma única dose de MMR não mais precocemente que duas semanas antes de completarem um ano de idade, e quatro eram adultos jovens que receberam vacina contra sarampo imediatamente após o primeiro ano de vida, entre 1975 e 19812. Esses quatro estavam fora da faixa etária elegível para a segunda dose de MMR, que foi implementada para estudantes da sétima série (com idade de cerca de 12 anos) em 1994.

Os casos nos trabalhadores da saúde

Seis trabalhadores da saúde foram infectados durante o surto – cinco em Melbourne e um em Adelaide. Quatro dos trabalhadores da saúde de Melbourne eram do hospital local que recebeu muito dos casos iniciais. Nenhum deles tinha sido vacinado nas sessões de vacinação organizadas no hospital. Eles compreenderam:

- Um médico de 27 anos de idade do departamento de emergência que acreditava ter recebido vacina contendo o componente sarampo durante seu estágio. Sua escola médica tinha resultados sorológicos dele, não mostrando IgG específica ao sarampo, porém não tinha registro de vacinação subsequente.
- Uma enfermeira de 24 anos de idade do departamento de emergência que acreditava estar atualizada com suas vacinas.
- Um trabalhador administrativo de 24 anos de idade que não tinha contato direto com qualquer dos casos admitidos e acreditava que tivesse recebido a vacinação contra rubéola no curso superior, estando portanto protegida contra o sarampo.

O outro trabalhador da saúde de Melbourne infectado foi uma enfermeira de 30 anos de idade do departamento de emergência do hospital que teve contato com uma das crianças acometidas por sarampo. Ela rejeitou a vacina em uma sessão de vacinação organizada no hospital, acreditando estar atualizada.

O trabalhador da saúde de Adelaide foi uma estudante de medicina de 23 anos de idade que admitiu no hospital outro paciente de Adelaide. Ela não teve contato direto com este paciente e não relatou vacinação prévia ou infecção por sarampo.

DISCUSSÃO

Este surto demonstra a mudança epidemiológica do sarampo na Austrália. Considerando que os surtos anteriores ocorreram principalmente em crianças ou entre escolares,⁷⁻¹¹ este surto foi o primeiro na Austrália a envolver predominantemente adultos jovens. Uma mudança similar na epidemiologia do sarampo tem sido observada em outros países que têm gradualmente incrementado a cobertura vacinal contra o sarampo ao invés de tentar a eliminação local rápida.¹²⁻¹⁵ Quando a vacina contra o sarampo é introduzida há a possibilidade da população muito jovem ter sido exposta ao vírus selvagem. Com o transcorrer do tempo e com cobertura vacinal insuficiente, um reservatório de suscetíveis se desenvolve de forma suficiente para manter surtos na introdução do vírus selvagem. As características particulares dos adultos jovens australianos – sua morbidade, circunstâncias de emprego, educação e treinamento, padrões mistos na sociedade, e crenças de que eles são imunes ao sarampo, combinado com a suscetibilidade ao sarampo - coloca-os em perigo de exposição e a infecção pelo vírus selvagem do sarampo.

A mudança na epidemiologia do sarampo foi também exaltada pela diferença na idade média dos casos entre o surto relatado (22 anos) e um surto de sarampo que ocorreu em Victoria no final de 1999 entre evacuados do Timor Leste (4.5 anos).¹⁶ Esta mudança na epidemiologia reforça a necessidade de substituição da notificação clínica, a qual é bastante falha,⁶ pela confirmação laboratorial de todos os casos de sarampo. As notificações de rotina e anuais de notificações de sarampo do Sistema de Vigilância Nacional de Doenças Notificáveis¹⁷ deve identificar os casos confirmados por laboratório.

Antes e após este surto, a epidemiologia do sarampo em Victoria consistia principalmente de importações da doença que resultou em agrupamentos discretos, auto-limitados de casos. No primeiro semestre de 1997, existiam três casos confirmados por laboratório, todos esporádicos (nenhuma fonte identificada). No segundo semestre de 1997 e durante 1998, existiam 19 casos confirmados por laboratório: oito esporádicos e 11 em três agrupamentos.¹⁶ Do final do surto relatado a dezembro de 1999, existiam 24 casos: três esporádicos e 21 em dois agrupamentos. Os primeiros dois casos esporádicos foram infectados no leste de Java e Queensland, respectivamente, porém nenhuma fonte de infecção foi possível de identificação para o terceiro caso esporádico. O primeiro dos seis casos no agrupamento, 1 foi em um garoto de 16 anos de idade que desenvolveu sintomas após chegar de Londres em Melbourne via Malásia. Uma mulher de 23 anos de idade deste agrupamento desenvolveu mielite transversa.¹⁸ No agrupamento 2, 12 casos foram em evacuados do Timor Leste, e três casos últimos foram em australianos – uma voluntária de 26 anos de idade, sua filha de 10 meses de idade, e uma mulher de 24 anos de idade que esteve no departamento de emergência hospitalar simultaneamente com os pacientes Timorezes.¹⁷ Este padrão de doença e a caracterização genética dos vírus isolados entre 1073 e 1998¹⁹ são altamente sugestivos de interrupção periódica de transmissão nativa do sarampo em Victoria.

Um aspecto intrigante do surto de 1999 foi a ocorrência de casos em trabalhadores da saúde. A transmissão do sarampo em instituições da saúde tem sido relatada recentemente na Austrália²⁰ e Países Baixos.²¹ Isto levanta discussões sobre saúde ocupacional e segurança e demonstra a necessidade das instituições melhorarem a confiança na prevenção de infecções hospitalares adquiridas. A Austrália não tem um caminho uniforme, sistemático para a prevenção de transmissão nosocomial de doenças evitáveis por imunizantes. O Departamento de Serviços Humanos de Victoria publicou orientações sobre imunização para os trabalhadores da saúde no segundo semestre de 1998;²² a política inclui um cartão de imunização para os trabalhadores da saúde e provisão de vacinas seletas de forma gratuita, incluindo MMR. Os Estados Unidos têm um padrão de qualidade para garantir a imunidade contra o sarampo entre os trabalhadores da saúde.²³ No Reino Unido, tem sido sugerido que uma triagem nacional e/ou política de imunização seja desenvolvida para equipes do Serviço Nacional de Saúde.²⁴ Como muitos dos trabalhadores da saúde da Austrália pertencem a coorte de adultos jovens, a ameaça de surtos institucionais iniciou ou se propagou através desse grupo.

Não existem programas específicos para a melhoria do controle do sarampo em adultos jovens australianos. Cada estado ou território confia nos sistemas de vigilância e controle de doenças para prevenção dos casos e limitar os surtos em todos os grupos etários. Dado a dimensão e impacto do surto de 1999 em Victoria, acreditamos valer à pena angariar opções para melhorar o controle da doença em adultos jovens. As políticas para promover a cobertura vacinal contra o sarampo com duas doses para os adultos jovens sob risco deve ser considerada (Quadro 3). Baseado nos casos deste surto, aqueles mais expostos ao risco em Victoria parecem ter nascido entre 1968 e 1981.

Em poucos termos, é provável que a incidência do sarampo em todos os grupos etários na Austrália permanecerá baixa. A despeito disto, existem ameaças potenciais para o alcance da eliminação. Os dados do inquérito do Registro de Imunização Infantil da Austrália e da Campanha de Controle do Sarampo² demonstra que mais poderá ser feito para melhorar a oportunidade para a primeira dose de vacina MMR em crianças com 1 ano de idade. As coortes de adultos jovens continuarão sob risco de importação da doença e possibilitarão a propagação de surtos. As opções existem para alcançar estes grupos sob risco. Entrementes, o reforço da importância de alta cobertura com duas doses de vacina na infância, a vigilância vigilante, e a resposta rápida a surtos continua a ser a base para o controle da doença e eventual eliminação do sarampo da Austrália.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a equipe das Seções de Controle de Doença e Imunização, Departamento de Serviços Humanos e Laboratório de Referência de Doenças Infecciosas de Victoria, pelos seus enormes esforços no gerenciamento do surto. Também somos gratos às equipes de controle de infecção, equipe de enfermagem, clínicos, outras equipes do hospital, e centro de coleta de patologia que notificou os casos, coletou amostras e auxiliou na implementação das medidas de controle. Agradecemos a Ingrid Tribe (Departamento de Controle das Doenças Transmissíveis, Departamento de Serviços Humanos, Sul da Austrália) pelo fornecimento de detalhes dos casos de Adelaide.

Quadro 3: Melhoria no controle do sarampo em adultos jovens na Austrália

Cartão de imunização do adulto

Nos Estados Unidos, a exigência de vacinação antes da matrícula tem sido considerada para diminuir o risco de surtos de sarampo em campus colegiais.²⁵ Em 1989, o Comitê Consultivo em Práticas de Imunizações dos Estados Unidos estendeu uma recomendação já existente de que as administrações de colégio e universidade exijam provas de vacinação contra o sarampo para incorporar uma segunda dose.²⁶ Na Austrália, a estratégia poderá ser adaptada através do desenvolvimento de um cartão de imunização do adulto cobrindo todas as doenças evitáveis por imunizantes para assegurar que os adultos jovens ativamente decidam se vacinar. O cartão poderá ser incorporado a orientação para adultos jovens que iniciarem no trabalho, particularmente em estabelecimentos de saúde, envolvendo uma educação terciária, alistamento nos serviços militares ou reivindicação de benefício de seguridade. Os estabelecimentos de saúde que cuidem de quadros agudos devem ser solicitados a manter um registro de vacinação de seus empregados de forma que a equipe não vacinada possa ser rapidamente identificada e excluída do evento de um surto.

Campanha de Vacinação em Massa

Esta opção ambiciosa poderá ser mais complicada logisticamente que a campanha de vacinação escolar, porque os adultos jovens não são encontrados em um mesmo ambiente. Considerando os recursos necessários por uma campanha em massa é improvável alcançar um nível razoável de cobertura, mesmo com uma simples dose. A campanha de vacinação em massa em instituições pós secundárias após o surto de 1997 de sarampo na Columbia Britânica, Canadá (302 casos; 64% com idade >20 anos), teve sucesso limitado, com apenas cerca de 50% da população de 300.000 alcançada, incluindo cerca de 85% daqueles das instituições educacionais afetadas.¹⁴ Um caminho que focaliza as instituições, tendo como alvo principal a redução da propagação de surtos extensos, pode ser um melhor uso de recursos.

REFERÊNCIAS

1. National Center for Disease Control, Immunize Australia Program: Measles Control Campaign. *Commun Dis Intell* 1998; 22: 156.
2. National Center for Immunization Research and Surveillance of Vaccine Preventable Diseases. Australian Measles Control Campaign 1998 evaluation report. Sydney: University of Sydney, Royal Alexandra Hospital for Children, 1999.
3. Communicable Diseases Network Australia New Zealand. Guidelines for the control of measles outbreaks in Australia. *Communicable Diseases Intelligence Technical Report Series No 5*. Canberra> Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
4. Lambert S. Measles in Victoria 1992 to 1996: the importance of laboratory confirmation. *Commun Dis Intell* 1998; 22: 17-22.
5. The Enhanced Measles Surveillance Working Party Implementing a system of enhanced surveillance for measles in Victoria. *Commun Dis Intell* 1998;22:17-22.
6. Lambert SB, Kelly HÁ, Andrews RM, et al. Enhanced measles surveillance during an interepidemic period in Victoria. *Med J Aust* 2000; 172: 114-118.
7. Gidding HF, Hills S, Selvey L, et al. An outbreak of measles in a rural Queensland town in 1997. An opportunity to assess vaccine effectiveness. *Commun Dis Intell* 1999; 23:240-245.
8. Patel M, Lush D. Measles vaccine effectiveness at or after eight months of age. *Aust N Z J public Health* 1998; 22:729-730.
9. Jeremijenko AM, Kelly H, Patel M. The high morbidity associated with a measles outbreak in a west Australian town. *J Paediatr Child Health* 1996; 32: 382-385.
10. McDonnell LF, Jorm LR, Patel MS. Measles outbreak in western Sydney. Vaccine failure or failure to vaccinate? *Med J. Aust* 1995; 162: 471-475.
11. Herceg A, Passaris I, Mead C. An outbreak of measles in a highly immunized population: immunization status and vaccine efficacy. *Aust J Public Health* 1994; 18: 249=252.
12. Gay N, Ramsay M. Cohen B, et al. The epidemiology of measles in England and Wales since the 1994 vaccination campaign. *Commun Dis Rep CDR Ver* 1997; 7:R17-21.
13. De Quadros CA, Hersh BS, Nogueira AC, et al. Measles eradication: experience in the Americas. *Bull World Health Organ*1998; 76:47-52.
14. Duclos P, Redd SC, Varughese P, Hersh BS. Measles in adults in Canada and the United States: implications for measles elimination and eradication. *Int. J. Epidemiol* 1999; 28: 141-146.
15. Miller M, Williams WW, Redd SC. Measles among adults, United States, 1q985-1995. *Am J Prev Med* 1999; 17: 114-119.
16. Lambert S. Enhanced measles surveillance. *Vict Infect Dis Bull* 1999; 2: 75.
17. Thomson J, Lin M, Halliday L, et al. Australia's notifiable diseases status, 1998. Annual report of the National Notifiable Diseases Surveillance System. *Commun Dis Intell* 1999; 23: 277-305.
18. Jennets I. Transverse myelitis complicating acute measles. *Vict Infect Dis Bull* 1999; 2: 73.
19. Chibo D, Birch C, Rota P, Catton M. Genetic characterization of measles viruses isolated in Victoria, Australia 1973-1998, Immunization beyond 2000. 6th National Public Health Association Immunization Conference, Melbourne, Australia, 4-5 November, 19998, Public Health Association of Australia.

20. Wardd J, el-Saadi). O. Measles in the waiting room: a cautionary tale (letter). Aust Fam Physician 1999; 28: 1103.
21. De Swart RL, Wertheim-van Dillen PM, van Binnendijk RS, et al. Measles in a Dutch hospital introduced by an immunocompromised infant from Indonesia infected with a new virus genotype (letter). Lancet 2000; 355: 201-202.
22. Department of Human Services. Immunization guidelines for health care workers (HCWs), Melbourne: Department of Human Services, 1998.
23. Krause PJ, Gross PA, Barrett TL, et al. Quality standard for assurance of measles immunity among health care workers. Clin Infect Dis 1994; 18: 431-436.
24. Mendelson GMS, Roth CE, Wreghitt TG, et al. Nosocomial transmission of measles to healthcare workers. Time for a national screening and immunization policy for NHS staff? (letter). J. Hosp Infect 2000; 44: 154-155.
25. Baughman AL, Williams WW, Atkinson WL, et al. The impact of college prematriculation immunization requirements on risk for measles outbreaks (published erratum appears in JAMA 1994 Dec 21;272 (23): 1822). JAMA 1994; 272: 1127-1132.
26. Centers for Disease Control and Prevention. Measles prevention: recommendations of the immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1989; 38: 1-18.

(Recebido em 20 de abril, aceito em 24 de agosto de 2000).

Este documento traduzido trata-se de uma contribuição da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI/CENEPI/FUNASA/MS, a todos que se dedicam às ações de imunizações.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)