Arquivo Histórico da Madeira, Nova Série, n.º 8, 2026, pp. 551-579
Direção Regional dos Arquivos, das Bibliotecas e do Livro
https://ahm-abm.madeira.gov.pt

A Febre Tifoide no Concelho do Porto Moniz (1943)

Typhoid Fever in Porto Moniz (1943)

João Sousa[1]

Resumo

Este estudo analisa o surto de febre tifoide que assolou o concelho do Porto Moniz, na ilha da Madeira, entre abril e dezembro de 1943, um episódio até agora ausente da historiografia regional. Com base numa abordagem micro-histórica, procura-se compreender de que forma este acontecimento sanitário demonstrou fragilidades estruturais, desde as precárias condições de saneamento à limitada resposta institucional. Recorre-se a um *corpus* documental diversificado, composto por documentação médica, administrativa e periódica, que permite reconstruir com precisão o contexto epidemiológico e social da época. A investigação parte da caraterização geográfica, socioeconómica e sanitária do território, seguida da contextualização da febre tifoide enquanto doença infeciosa, até à análise do foco epidémico, das medidas profiláticas implementadas e das suas consequências. Conclui-se que, apesar das limitações locais, a intervenção coordenada por profissionais de saúde foi determinante para o controlo eficaz da epidemia e reflete-se, ainda, sobre a ausência de memória coletiva relativamente a este tipo de eventos, sublinhando a importância de integrar a história da saúde pública nas narrativas históricas.

Palavras-chave: Febre Tifoide; Epidemia; Porto Moniz; Vacinação.

Abstract

This study examines the outbreak of typhoid fever that affected the municipality of Porto Moniz, on the island of Madeira, between April and December 1943 – an event unexplored in regional historiography. Adopting a micro-historical approach, it seeks to understand how this public health crisis exposed structural vulnerabilities, from deficient sanitation to the limited institutional response. Drawing on a diverse

[1] Licenciado em História pela Universidade do Minho e pós-graduado em História da Arte pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade NOVA de Lisboa. Atualmente frequenta o Mestrado em Ensino de História na mesma instituição. Principais áreas de interesse: História Social, História das Ideias, História Local, História da Arte Contemporânea e Património. Endereço eletrónico: joao-sousa100@hotmail.com.

documentary corpus – including medical, administrative, and periodical sources – it reconstructs the epidemiological and social context. One must begin with a geographical, socioeconomic and sanitary overview of the area, proceed with the contextualisation of typhoid fever as an infectious disease, and culminate with the analysis of the epidemic focus, the prophylactic measures adopted, and their outcomes. The study concludes that, despite local constraints, the coordinated intervention of health professionals was crucial for the effective containment of the outbreak. It also reflects on the absence of collective memory regarding such episodes, highlighting the relevance of incorporating public health history into broader historical narratives.

Keywords: Typhoid Fever; Epidemic; Porto Moniz; Vaccination.

Introdução

A incidência das doenças ao longo da História da Humanidade tem-se constituído como um fator determinante na dinâmica das sociedades, influenciando padrões comportamentais e promovendo transformações estruturais nos domínios social, económico e cultural. As epidemias, em particular, revelam-se como momentos críticos que expõem vulnerabilidades e desafiam a capacidade das comunidades para responderem a crises. O estudo histórico das doenças permite não apenas compreender os processos biológicos e clínicos envolvidos, mas também analisar os contextos sociais, económicos e políticos que condicionaram as respostas adotadas e os seus resultados.

O foco geográfico deste estudo é a ilha da Madeira, mais especificamente o concelho do Porto Moniz, cujos habitantes desta região foram afetados por um surto de febre tifoide, no ano de 1943. Esta epidemia veio evidenciar fragilidades estruturais, nomeadamente no que respeita às condições sanitárias e habitacionais, bem como a limitada capacidade das autoridades locais para implementar medidas eficazes de controlo. A historiografia regional tem privilegiado, frequentemente, análises centradas em aspetos político-administrativos ou económicos, deixando por vezes em segundo plano os estudos que abordam as dimensões sociais e sanitárias, essenciais para uma compreensão mais integral da realidade histórica.

Importa sublinhar que, até à presente data, o surto de febre tifoide ocorrido em 1943 no concelho do Porto Moniz permaneceu inexplorado na historiografia regional, transparecendo uma lacuna no conhecimento sobre a história da saúde pública na Madeira. Este estudo, micro-histórico, pretende colmatar essa ausência, oferecendo uma análise detalhada e crítica que aprofunda a compreensão deste evento no seu contexto epidemiológico e social.

Para tal, recorre a uma vasta e diversificada documentação, incluindo relatórios médicos, registos de óbitos, atas municipais e publicações periódicas, que permitem reconstruir o panorama epidemiológico e social com precisão e profundidade. Esta abordagem crítica evidencia a importância do saneamento básico, da educação em saúde e da coordenação sanitária na contenção de surtos epidémicos, temas que continuam a ser de elevada relevância para as políticas públicas de saúde contemporâneas.

A estrutura e compreensão deste trabalho exige, numa fase inicial, o enquadramento do território em análise e das suas especificidades geográficas, socioeconómicas e sanitárias, seguido de uma contextualização da febre tifoide enquanto doença infeciosa, através das suas caraterísticas clínicas e dos modos de transmissão. Só a partir deste duplo conhecimento, do espaço e da patologia, é possível interpretar, de forma fundamentada, o surgimento deste foco epidémico no Porto Moniz, as medidas adotadas para o seu controlo, os impactos gerados a vários níveis e os contornos do seu desfecho.

Por fim, esta investigação reflete sobre as consequências de longo prazo da epidemia, o seu impacto na saúde pública regional e a forma como a memória coletiva incorpora, ou por vezes omite, episódios de grande relevância sanitária. Ao situar a febre tifoide do Porto Moniz no contexto mais amplo da história social e da epidemiologia, pretende-se contribuir para o reforço do conhecimento científico e para a valorização do papel das políticas de saúde pública.

O Concelho do Porto Moniz

A fim de contextualizar a epidemia de febre tifoide que assolou o concelho do Porto Moniz em 1943, é imperativo caraterizar territorial e economicamente este espaço. Ora, à data de 1943, o concelho do Porto Moniz contava com uma área total de 80,4 km² e nele residiam, em 1940, uma população de 2.947 habitantes[2]. A sua economia assentava essencialmente na agricultura e na pesca, os principais pilares de subsistência da população local. Entre os produtos agrícolas mais cultivados destacavam-se os inhames, as batatas, os cereais e outros tubérculos[3], sendo ainda de notar alguma atividade vitivinícola, cuja expressão, embora limitada, terá

[2] INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 1945, *VIII Recenseamento Geral da População no Continente e Ilhas Adjacentes em 12 de Dezembro de 1940*, vol. XXIII, pp. 484-485.

[3] RIBEIRO, 1996, *Porto Moniz: Subsídios para a história do concelho*, p. 96.

desempenhado um certo papel no contexto económico da região[4]. A atividade piscatória assumia, por sua vez, um papel central, sendo considerada um recurso vital e praticamente inesgotável[5].

Alguns "mares" do concelho destacavam-se pela abundância de peixe. A cerca de 10 milhas a noroeste do Porto Moniz, no "mar da cana", capturavam-se espécies como chernes, alfonsins e carneiros. No "mar da Riba Tristão" eram frequentes as capturas de seifias, parguetes, bicas e salmonetes[6]. A pesca constituía, sem dúvida, a principal fonte de rendimento do concelho, facto que motivou as autoridades locais a investirem no melhoramento dos portos das freguesias do Porto Moniz e do Seixal[7]. A abundância de pescado era tão significativa que, na freguesia do Seixal, sobrava peixe após o abastecimento da população local. Este recurso abundante fomentava a prática recorrente de troca de peixe por produtos hortícolas junto dos concelhos vizinhos, uma atividade pouco comum[8].

No que diz respeito à população, verificava-se a coexistência de uma classe de senhores de terra e uma maioria empobrecida, refletindo uma marcada desigualdade socioeconómica[9].

Em termos de saúde pública, o concelho apresentava diversas deficiências. Segundo João Adriano Ribeiro, os hábitos sanitários eram insuficientes para prevenir a propagação de doenças:

> «De uma forma geral, os povos do nosso meio rural não sabiam ter os cuidados devidos em vários aspectos sanitários para evitar certas doenças. A capoeira ou mais propriamente o galinheiro, bem como o chiqueiro, encontravam-se mesmo à frente da porta. O lixo era despejado também nas imediações da casa e a água para beber muitas vezes não estava nas melhores condições. Os animais mortos não eram enterrados, enfim, uma série de factores contribuía para que certas epidemias se alastrassem»[10].

Adicionalmente, a medicina praticada era predominantemente caseira, com o uso frequente de ervas consideradas "milagrosas" no combate a diversas enfermidades. Este recurso era particularmente importante face à dificuldade de acesso a medicamentos, os quais eram enviados do concelho do Funchal, por vezes com considerável atraso[11].

---

4 RIBEIRO, 1996, *Porto Moniz: Subsídios para a história do concelho*, p. 89.
5 RIBEIRO, 1996, *Porto Moniz: Subsídios para a história do concelho*, p. 123.
6 RIBEIRO, 1996, *Porto Moniz: Subsídios para a história do concelho*, p. 127.
7 RIBEIRO, 1996, *Porto Moniz: Subsídios para a história do concelho*, p. 127.
8 RIBEIRO, 1996, *Porto Moniz: Subsídios para a história do concelho*, p. 128.
9 RIBEIRO, 1996, *Porto Moniz: Subsídios para a história do concelho*, p. 173.
10 RIBEIRO, 1996, *Porto Moniz: Subsídios para a história do concelho*, p. 238.
11 RIBEIRO, 1996, *Porto Moniz: Subsídios para a história do concelho*, p. 238.

Neste contexto de subsistência é relevante assinalar as fragilidades significativas no plano das infraestruturas e das condições sanitárias. A rede de abastecimento de água era insuficiente, sendo os fontanários frequentemente alvo de entupimentos ou incapazes de suprir as necessidades das localidades que serviam[12]. Tal cenário levava muitos dos habitantes a recorrer às levadas para consumo doméstico, apesar de as suas águas serem impróprias para consumo, representando um risco real para a saúde pública – «por vezes a água escasseia neles, o que obriga as pessoas a recorrerem às levadas, cuja àgua vem impregnada […] de impurezas que lhe são próprias»[13].

Na vila, a situação sanitária era igualmente deficitária:

> «Em vários pontos da Vila, muitas vezes em lugares centrais, encontram-se estrumeiras onde moscas pululam; também nas ruas, nas mais movimentadas, depara-se com o espectaculo repugnante das fezes. No sítio denominado "Porto" e junto à praça do peixe, encontram-se latrinas públicas, cujo aspeto causa asco pela forma suja como se apresenta, e bem assim as partes circunvizinhas. […] Não obstante a existência dum matadouro, o abate das rezes, por razões que desconheço, realiza-se na via pública, junto a uma estrumeira.»[14]

No plano habitacional, a ausência de sistemas de saneamento básico era generalizada, sendo frequente o despejo de dejetos e resíduos diretamente na via pública[15]. Tendo em conta o estado sanitário da vila e do concelho do Porto Moniz, é possível concluir que o território não reunia as melhores condições de saúde pública, revelando-se particularmente vulnerável em contextos epidémicos.

---

[12] No ano de 1943, foi descrito nas atas de sessões do concelho do Porto Moniz, o reparo de sete fontanários diferentes (desde julho a dezembro), sendo este obviamente um problema estrutural do concelho. A título de exemplo: «Um [ofício] do fiscal Municipal, comunicando que os fontenários das Achadas, não deitam a àgua suficiente para o abastecimento da população, devido ao facto de, ao pé da nascente se encontrar a canalização cheia de lôdo – Procêda-se a limpeza da canalização junto à nascente», como se escreveu em Arquivo e Biblioteca da Madeira (ABM), Câmara Municipal do Porto Moniz, livro 14, fl. 52.

[13] ABM, Secretaria da Junta Geral do Distrito Autónomo do Funchal, Documentação Relativa à Inspeção de Saúde do Funchal, maço 2862-12, doc. 06-11-1943, p. 2. Doravante, estes documentos serão referidos como ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, assinalando-se a distinção entre documentos com a data específica destes.

[14] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 2.

[15] «Registe-se o facto de apenas 37,2% das famílias que ocupavam um fogo (cerca de 90% do total), disporem de retrete e só 9,6% de casa de banho, bem como as baixas percentagens de alojamentos com água canalizada (17,9%), com esgoto ligado à rede pública (16,2%) e com fossa ou esgoto particular (17,1%). […] Perante a fraquíssima cobertura da rede de saneamento, é fácil imaginar para onde eram encaminhados os desperdícios humanos, animais e domésticos», como assinalou CASCÃO, 2011, «Modos de Habitar», pp. 36-37.

Caraterização da Febre Tifoide

O termo "febre tifoide" foi introduzido em 1829 pelo médico francês Pierre Louis (1787-1872), ao observar lesões nos gânglios linfáticos abdominais de doentes com "febre gástrica"[16]. "Tifoide", do grego *typhos* que significa "névoa" ou "fumo", foi, então, o conceito usado para descrever o estado de confusão mental frequentemente observado nos doentes afetados[17]. Embora a doença tenha sido descrita clinicamente nos inícios do século XIX, só em 1880 é que o agente causador foi identificado pelo patologista alemão Karl J. Eberth (1835-1926)[18].

O atraso do seu reconhecimento patológico deveu-se à confusão nosográfica em torno da febre tifoide e da doença do tifo, resultante de um sintoma em comum: as febres altas. Não obstante serem doenças diferentes, com transmissores e bactérias díspares, estas continuaram a ser confundidas até metade do século XX[19]. Esta confusão científica foi assinalada em 1850 através do livro de William Jenner (1815--1898) intitulado *On the Identity or Non-Identity of Typhoid and Typhus Fevers* [*Sobre a Identidade ou Não-Identidade das Febres Tifoide e Tifo*][20], porém, só quando Erberth isolou a bactéria é que se confirmou a patologia. Anos mais tarde, em 1896, Edward Almroth Wright (1861-1947) desenvolveu a primeira vacina antitífica, que combatia a doença através da inoculação de uma bactéria *Salmonella Typhi* inativa[21], permitindo assim ao sistema imunitário reconhecer a ameaça, combatê-la e criar uma memória imunológica acerca desse organismo.

A febre tifoide carateriza-se, assim, por ser uma infeção bacteriana sistémica aguda, com transmissão predominantemente oro-fecal, causada pela *Salmonella entérica*, subespécie *enterica*, sorotipo *Typhi*. Este sorotipo infeta exclusivamente os seres humanos e a infeção ocorre através da ingestão de águas ou alimentos contaminados com fezes humanas que contenham o microrganismo[22]. Uma vez no

[16] ADLER & MARA, 2016, *Thypoid Fever: a History*, p. 57.

[17] ADLER & MARA, 2016, *Thypoid Fever: a History*, p. 1.

[18] ADLER & MARA, 2016, *Thypoid Fever: a History*, p. 108.

[19] Na ata de 26 de agosto de 1943 foi abordada a possibilidade de o médico interino, o Dr. Francisco Teixeira da Fonte Júnior, a pedido do mesmo, retomar as suas funções. A Câmara recusou, dado que este ainda se encontrava muito debilitado pela doença. Registe-se a tradicional confusão nosográfica nesta ata de sessão, na qual foi referido «o perigo grande da epidemia do tifo que ainda alastra na sede do concelho», como se poderá ver em ABM, Câmara Municipal do Porto Moniz, livro 14, fl. 53.

[20] COOK & ZUMLA, 2009, *Manson's Tropical Diseases*, p. 931.

[21] PARRY & BASNYAT, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», p. 1051.

[22] Os bacilos tifoides (a estrutura que comporta a *Salmonella Typhi*) são disseminados nas fezes de portadores assintomáticos ou nas fezes/urina daqueles que comportam a doença de forma ativa, como se refere em COOK & ZUMLA, 2009, *Manson's Tropical Diseases*, p. 931.

hospedeiro, a bactéria atravessa a mucosa intestinal e dissemina-se pelo sistema linfático e pela corrente sanguínea, colonizando diversos órgãos e desencadeando o quadro clínico típico da doença.

A doença apresenta um período de incubação geralmente de 7 a 14 dias[23] após o contacto com a bactéria, sendo que numa fase inicial surgem sintomas como febres intermitentes, dores de cabeça, cansaço muscular, constipação e dores abdominais[24]. Uma vez que estes sintomas são semelhantes aos de uma gripe comum e que os meios necessários para a diagnosticar em contexto hospitalar precário não eram eficazes[25], houve dificuldade em alcançar um diagnóstico da doença atempadamente e com segurança[26]. Seguem-se outros sintomas tais como diarreias graves[27], por vezes sanguinolentas; anemia; desenvolvimento de esplenomegalia (aumento do baço) e da hepatomegalia (aumento do fígado)[28]; encefalopatia tifoide[29] (delírios, confusão mental e apatia extrema); e ainda manchas róseas, que provocam erupções no tórax e na zona abdominal[30]. Em muitos casos, o não combate à doença leva à morte por peritonite[31] – situação mais frequente –, por hemorragia intestinal (que leva a anemias graves) ou pelo aumento significativo do fígado e do baço, que conduz à falência dos órgãos.

Apesar dos avanços científicos e do conhecimento patológico, a febre tifoide continua a representar um desafio importante de saúde pública em contextos com infraestruturas sanitárias precárias[32].

---

[23] PARRY & BASNYAT, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», p. 1045.

[24] PARRY & BASNYAT, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», p. 1046.

[25] O diagnóstico tinha que ser feito por meio de hemocultura (análises de sangue) e corpocultura (exames bacteriológicos das fezes), como se refere em PARRY & BASNYAT, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», p. 1047.

[26] «No começo duma febre tifóide é muito difícil dizer qual será a duração da doença, sendo ela tratada unicamente pela terapêutica clássica. Então torna-se muitíssimo difícil – visto ser necessário empregar o soro muito cedo», como afirma CAMPOS, 1924, *Tratamento da Febre Tifóide pelo Sôro de Rodet*, p. 36.

[27] PARRY & BASNYAT, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», p. 1046.

[28] PARRY & BASNYAT, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», p. 1046.

[29] COOK & ZUMLA, 2009, *Manson's Tropical Diseases*, p. 934.

[30] PARRY & BASNYAT, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», p. 1046.

[31] A peritonite é uma inflamação do peritónio, geralmente causada por infeção ou perfuração abdominal, que pode evoluir rapidamente para a falência multiorgânica, como se refere em PARRY & BASNYAT, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», p. 1050.

[32] PARRY & BASNYAT, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», p. 1045.

O conhecimento específico sobre a febre tifoide em Portugal, nomeadamente em termos de registo de casos epidémicos, é notoriamente escasso, refletindo a limitada documentação histórica e investigação académica disponível[33]. Embora existam referências dispersas em arquivos sanitários e relatos clínicos do século XIX e início do século XX, grande parte das epidemias pode ter sido erroneamente classificada sob o termo genérico de "tifo", abrangendo tanto a febre tifoide como o tifo, dada a difícil distinção epidemiológica.

A escassez de bibliografia académica específica sobre a febre tifoide em Portugal limita a compreensão da sua verdadeira incidência, dinâmica de transmissão e impacto sanitário ao longo do tempo, sublinhando a necessidade de investigação histórica e epidemiológica mais estruturada para melhor caraterizar o papel desta doença no contexto nacional.

A Origem

A febre tifoide, que surge na ilha da Madeira em meados do século XX[34], é reconhecida como uma doença de carácter endémico que se manifestou sob a forma de casos esporádicos disseminados pelo território insular. Apesar da sua presença recorrente, a patologia raramente atingiu proporções epidémicas, fruto do conhecimento acumulado e das medidas de saúde pública entretanto desenvolvidas.

A título ilustrativo, importa referir um caso clínico, registado pelo médico Francisco Teixeira da Fonte, então delegado de saúde local. No seu relatório, datado de 10 de outubro de 1943, o médico menciona que, a 14 de janeiro de 1943, foi identificado um caso de febre tifoide numa jovem de 16 anos, residente no sítio da Ladeira, de nome Maria Inês[35]. Apesar de não ter sido formalmente registado no livro competente da delegação de saúde, a paciente teve alta clínica no final do mês de fevereiro[36].

---

[33] Não se conhecem surtos neste período sobre a doença em Portugal, no entanto há esparsas referências à febre tifoide em: ALMEIDA, 2014, «As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola 1854-1918»; BARBOSA & GODINHO, 2001, *Crises de mortalidade em Portugal desde meados do século XVI até ao início do século XX*; ESTEVES & ARAÚJO, 2021, «Resquícios de epidemias no Minho: os surtos de tifo nos séculos XIX e XX»; MOURA, 1996, «A epidemia de tifo em Loriga (1927)»; e NASCIMENTO, 2022, *O olhar médico sobre as doenças, as epidemias e os problemas sanitários de Portugal de oitocentos (1855-1920)*.

[34] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 1.

[35] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 1.

[36] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 1.

Este caso permite enquadrar a transição entre um quadro endémico para um surto de natureza epidémica, com base na distinção de Alexandra Esteves:

> «Normalmente, as epidemias são ocasionadas por um agente patogénico, um vírus ou um parasita, que, quando assume um caráter infectocontagioso, pode originar grandes surtos pestíferos. Podem ganhar contornos endémicos, quando a doença se circunscreve a uma região, e epidémicos quando alastra de forma rápida e generalizada, ou pandémicos, quando se globaliza»[37].

Segundo o relatório médico de Francisco Teixeira da Fonte, o surto epidémico de 1943 teve origem num caso isolado de contágio direto, protagonizado por Celeste Rodrigues, solteira, de 22 anos, filha de um pescador e residente na vila. A jovem esteve ausente do concelho durante aproximadamente três semanas, tendo-se deslocado ao Funchal e a Câmara de Lobos. Regressou ao Porto Moniz no mês de abril e foi diagnosticada com febre tifoide no dia 10 desse mesmo mês[38]. A partir desta data, e num curto intervalo de tempo, novos casos começaram a surgir. O segundo foi registado logo a 17 de abril, seguido de um terceiro a 26 de maio[39]. Nas semanas seguintes, o contágio alastrou-se rapidamente pela vila, assumindo proporções cada vez mais alarmantes.

O que distingue o caso de Maria Inês, diagnosticado a 14 de janeiro de 1943, do de Celeste, que provocou a epidemia que se lhe seguiu, assenta, sobretudo, no contexto socioeconómico e habitacional de Celeste. Filha de um pescador, residia numa habitação precária, onde inúmeros indivíduos coabitavam em compartimentos sobrelotados e sem quaisquer condições básicas de higiene. De acordo com o relatório do citado delegado de saúde do concelho, o alastramento inicial da febre tifoide e o seu agravamento progressivo estiveram intimamente associados às condições sociais dos primeiros infetados. Estes pertenciam, em grande parte, à classe piscatória, caraterizada por baixos rendimentos e hábitos de vida incompatíveis com as exigências mínimas de higiene. O próprio delegado de saúde atesta que «o contágio da febre tifoide fez-se no princípio só dentro da classe pescatória»[40], evidenciando, assim, a vulnerabilidade social destes elementos. As suas condições criaram um ambiente epidemiologicamente propício à propagação inicial do agente patogénico contribuindo, posteriormente, para a transição de um foco localizado para um quadro de epidemia na vila, potenciado pelas deficiências estruturais e sanitárias então existentes no concelho.

---

[37] ESTEVES, 2020, «As epidemias e a memória histórica», p. 152.
[38] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 1.
[39] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 4.
[40] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 3.

O Alastramento da Doença

Identificada a origem do surto de febre tifoide na vila do Porto Moniz, importa analisar a propagação da doença ao longo do território, à luz dos relatórios elaborados pelos médicos interinos (Mário Sardinha, a 15 de outubro de 1943; Teixeira da Fonte, a 27 de outubro de 1943; Teodorico Rebelo, a 10 de novembro 1943), pela visitadora sanitária (a 6 de novembro de 1943), bem como do parecer da Inspeção de Saúde do Distrito Autónomo do Funchal redigido pelo delegado de saúde (Adolfo de Sousa Brazão, a 14 de dezembro de 1943).

Como referido anteriormente, o foco epidémico teve início num caso esporádico, o de Celeste Rodrigues. Contudo, a rápida disseminação da doença foi favorecida por fatores de ordem socioeducativa e sanitária, associados à realidade vivida pela população local. A "colónia piscatória", assim referida nos relatórios, vivendo em condições de extrema precariedade, não tinha conhecimentos mínimos sobre os perigos de contágio, o que limitou significativamente a eficácia das medidas de contenção. Segundo o delegado de saúde, o Dr. Francisco Teixeira da Fonte, em «virtude da pobreza em que vivem os pescadores e suas famílias, todas as recomendações são ouvidas, mas com certeza nunca cumpridas»[41]. Esta resistência ao não cumprimento das recomendações não é espelho da "má-fé" dos habitantes, mas antes de uma ausência clara de consciência sanitária e do perigo. Neste sentido, Francisco Teixeira da Fonte refere que: «Abusam porque não acreditam no contagio, sendo depois vitimas da sua inconsciência»[42].

Os primeiros casos secundários surgiram em datas relativamente próximas: a 17 de abril e a 26 de maio, na vila do Porto Moniz[43]. O contágio intensificou-se em grande medida, devido a práticas culturais que favoreciam involuntariamente a propagação da doença. Segundo relata o delegado da Inspeção de Saúde do Distrito Autónomo do Funchal:

> «Infelizmente há na Madeira, e provavelmente também em outras partes, o costume de visitar os doentes, mesmo quando estas possam ser origem de contágios perigosos. Quanto mais grave a doença, maior é o número de visinhos que acodem a fazer companhia, a consolar o doente. Assistência sentimental louvável até certo ponto, mas sumamente perigosa quando se trata de doentes portadores de doenças altamente contagiosas»[44].

[41] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 2.
[42] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 2.
[43] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 2.
[44] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 3.

Apesar de, num contexto epidémico, estas manifestações de solidariedade tenderem a agravar a propagação da doença, importa compreender a sua génese no seio da comunidade piscatória. Trata-se de um grupo social marcado por carências económicas, onde a entreajuda assumia um papel fundamental no quotidiano, sobretudo em momentos de fragilidade. A assistência aos doentes, ainda que emocional ou simbólica, funcionava como uma forma de apoio social, especialmente entre famílias que não dispunham de meios próprios para enfrentar a doença. Para além disso, deve reconhecer-se que grande parte da população apenas cumpria as instruções sanitárias impostas, sem conhecer o fundamento científico subjacente. A ausência de uma comunicação clara e pedagógica por parte das autoridades médicas – nomeadamente a falta de explicitação sobre a natureza do contágio e a razão das medidas de isolamento – deverá ter contribuído para a resistência, ou até o incumprimento, de orientações fundamentais para o controlo da epidemia.

A 5 de junho, o próprio Dr. Francisco Teixeira da Fonte contraiu a febre tifoide sendo forçado a ausentar-se das suas funções. A substituição oficial pelo Dr. Teodorico Rebelo apenas ocorreu a 15 de julho, o que criou um vazio de coordenação sanitária numa fase crítica do surto[45]. O relatório da Inspeção de Saúde aponta deficiências graves na atuação do delegado de saúde (o Dr. Teixeira da Fonte) considerando que este «foi pouco enérgico»[46] e que procedeu de maneira muito «primitiva de fazer clínica», falhando na implementação de medidas profiláticas, na prescrição de um isolamento rigoroso e na própria notificação sistemática dos casos registados[47].

Assimilados os fatores estruturais, sociais e institucionais que favoreceram a propagação inicial da febre tifoide no concelho do Porto Moniz, importa agora analisar os mecanismos concretos de transmissão da doença.

A dispersão dos casos registados ao longo do território revela dois modos principais de contágio: o direto, através do contacto com indivíduos infetados; e o indireto, resultante da exposição a meios contaminados, como a água, alimentos ou objetos de uso partilhado.

O contágio direto constituiu o mecanismo inicial de transmissão que esteve na origem da epidemia no concelho do Porto Moniz. A febre tifoide, sendo uma infeção bacteriana transmitida via oro-fecal, dissemina-se através do contacto físico entre

[45] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 10-11-1943, p. 3.

[46] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 3.

[47] «Estes 2 últimos doentes não foram, também por lapso, comunicados à Exma. Inspeção de Saúde, nem aqui registados no livro competente», como se escreveu em ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 3.

indivíduos, nomeadamente em contextos de convivência próxima, como os que ocorrem entre crianças durante brincadeiras ou entre adultos em relações íntimas ou casuais. O contacto com os infetados e a falta de cuidados de higiene contribuiu para a contaminação de inúmeros habitantes do concelho, sendo que a maioria ocorreu por contágio direto[48].

Há, todavia, indícios que permitem atestar a presença de contágios indiretos. De acordo com o relatório do médico Dr. Mário Sardinha[49], registou-se, durante o mês de julho, um aumento expressivo do número de infeções, o que sugeriu a atuação de mecanismos de transmissão indireta, nomeadamente através da contaminação das águas:

> «Em Julho apareceram muitas pessoas com fébre tifoide, o que só se explica facilmente pela pela [*sic*] conspurcação das águas pelas roupas, urinas e, sobretudo pelas fezes dos primeiros doentes. Grande número de pessoas utilizam a água das levadas para lavagem e até para beber. Mas mesmo a água da maior parte dos fontenários não oferece confiança, porque quando chove ou regam, fica a água turva e aumenta o seu débito, o que demonstra que a infiltração nos terrenos é muito fácil. Por outro lado não existem fossas nem rede de esgotos. De maneira que é muito fácil a conspurcação do solo e das águas»[50].

Para além da transmissão indireta, cujo principal potenciador era a água contaminada, onde os bacilos podem ficar armazenados durante várias semanas[51], importa destacar o papel desempenhado pelos «vetores»[52], nomeadamente as moscas, na disseminação da febre tifoide. Estes insetos, em contacto frequente com matéria fecal humana, funcionavam como veículos passivos de *Salmonella Typhi*, transportando os bacilos e depositando-os sobre alimentos e utensílios domésticos. Esta realidade é particularmente preocupante num contexto onde o manusear e a

[48] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 8.

[49] Este médico, enviado a 23 de agosto de 1943, veio substituir o Dr. Teodorico Rebelo, que contraiu febre tifoide. Como se escreveu em ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12--1943, p. 2.

[50] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 15-10-1943, p. 1.

[51] Estudos laboratoriais e epidemiológicos – como os de LIU, WHITEHOUSE & LI, 2008, «Presence and Persistence of *Salmonella* in Water […]» – indicam que *Salmonella Typhi* pode manter-se viável em água contaminada durante várias semanas, chegando, em alguns casos, a meses, desde que as condições ambientais sejam minimamente favoráveis – nomeadamente, a ausência de desinfetantes, a baixa exposição à luz e a presença de nutrientes orgânicos. Em águas de irrigação, ribeiras ou fontes públicas, a sobrevivência tende a ser inferior, situando-se geralmente abaixo dos 30 dias, embora a presença de biofilmes ou sedimentos possa prolongar significativamente a sua viabilidade.

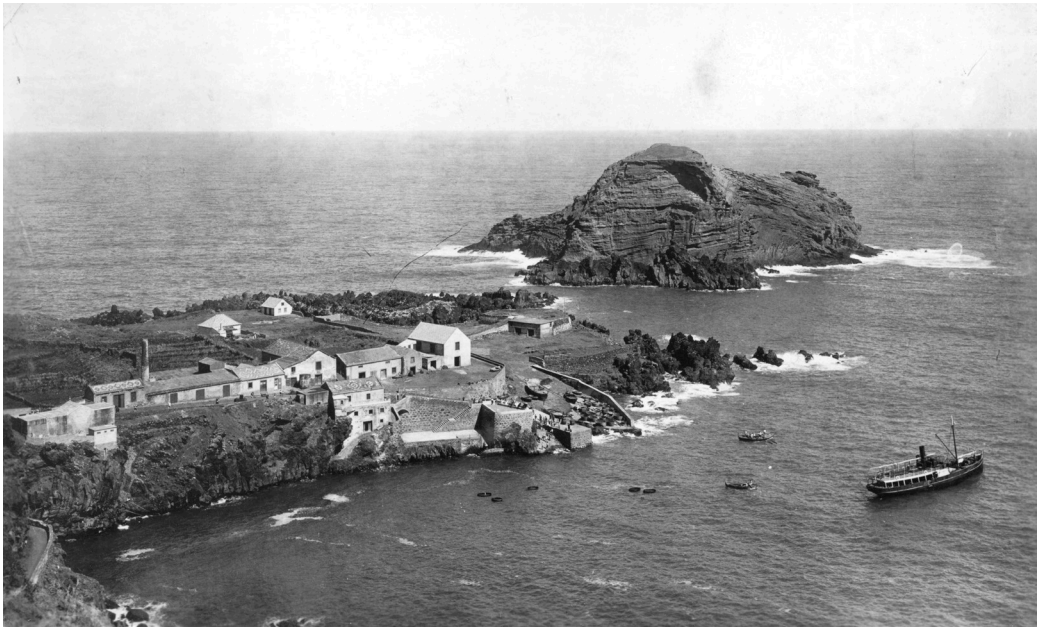
[52] «Vetores» são organismos, como insetos, que transportam agentes infeciosos de um local para outro, sem que ocorra multiplicação ou desenvolvimento do agente no interior desses. Veja-se ADLER & MARA, 2016, *Thypoid Fever: a History*, p. 164 para o efeito das moscas na propagação da doença.

conservação de alimentos ocorria muitas vezes ao ar livre e em condições sanitárias deficientes – «as moscas abundam duma forma horrível, chegando a caír com frequência nos pratos com comida»[53]. Neste sentido, cumpre destacar o testemunho do médico substituto, o Dr. Teodorico Rebelo, que sublinha o impacto epidemiológico destes vetores: «Outro importante factor, para que a dita epidemia tomasse um carácter rápido de propagação aos diferentes lugares, foi a extraordinária quantidade de môsca, que bem sabemos ser um dos principais vectores da epidemia»[54].

A descrição do médico Teodorico Rebelo reforça a ideia de que as ações das moscas, as precárias condições sanitárias e a utilização de fontes de água não tratada, aliadas à ausência de sistemas de drenagem e esgotos, criaram um ambiente altamente propício à disseminação indireta da febre tifoide.

Identificados os principais modos de transmissão da febre tifoide importa agora acompanhar, de forma cronológica e analítica, o percurso da epidemia no concelho do Porto Moniz. A análise da evolução temporal dos casos, da sua distribuição geográfica e do impacto demográfico permite compreender em que medida a doença se propagou, quanto tempo persistiu e quais as suas consequências.

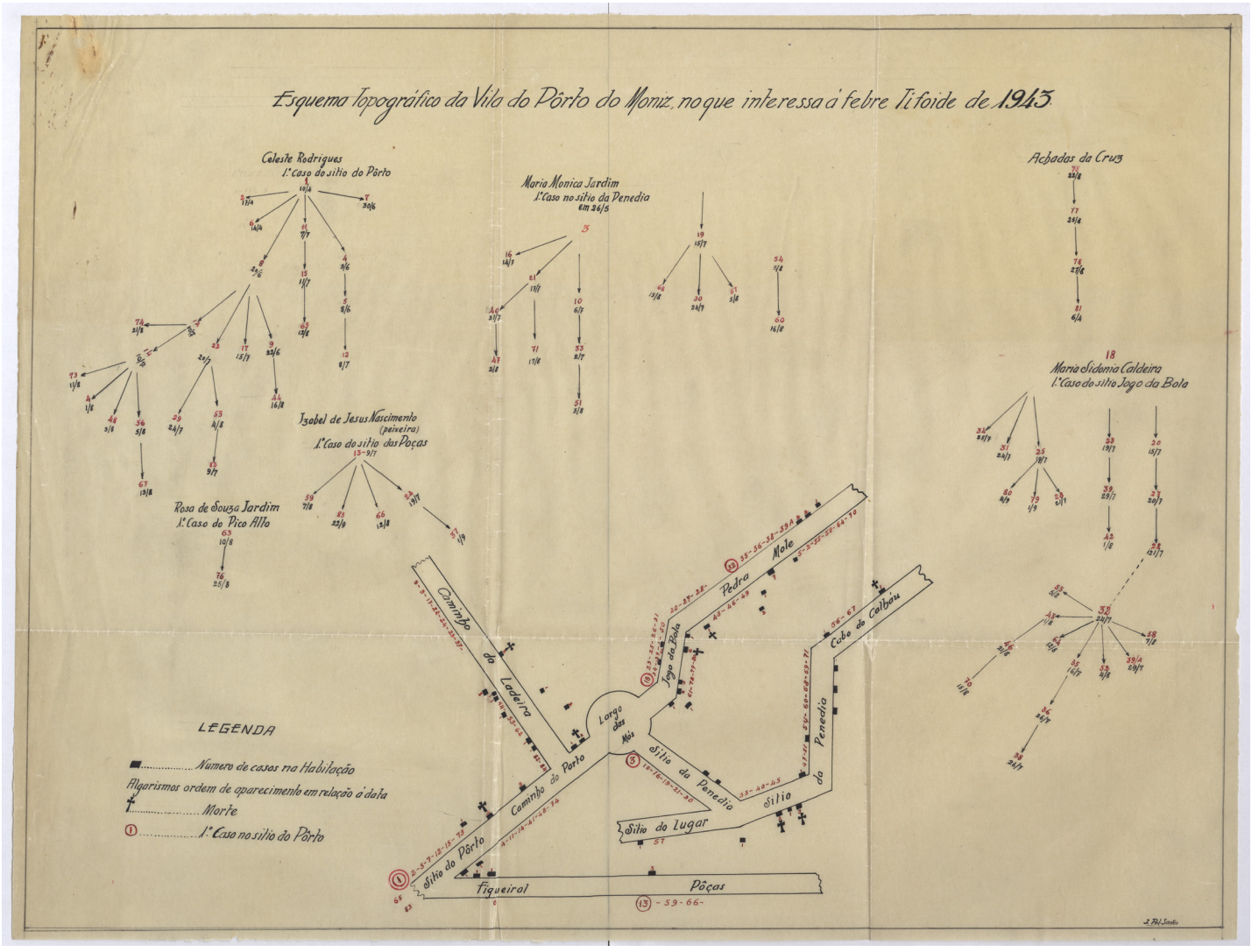
Figura 1. Porto Moniz – parte da atual vila e Ilhéu Mole (posterior a 1930)



Fonte: Museu de Fotografia da Madeira – Atelier Vicente's, em depósito no Arquivo e Biblioteca da Madeira, Foto Figueiras, n.º inv. 2407.301.

[53] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 1.
[54] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 10-11-1943, p. 3.

Figura 2. «Esquema Topográfico da Vila do Pôrto do Moniz, no que interessa á febre Tifoide de 1943»



Fonte: ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 10-11-1943, página isolada.

No que respeita à cronologia e à distribuição territorial da propagação da febre tifoide, é possível reconstituir a marcha da doença pela vila e freguesias do concelho do Porto Moniz. Tal reconstituição deve-se, em grande medida, ao esquema topográfico (Figura 2) elaborado pelo médico substituto, o Dr. Teodorico Rebelo, que permite visualizar a dispersão espacial dos casos. Este recurso visual, aliado à descrição minuciosa constante no relatório da Inspeção de Saúde do Distrito Autónomo do Funchal, oferece uma leitura clara da progressão epidémica ao longo do território.

O primeiro caso registado foi o de Celeste Rodrigues, diagnosticada a 10 de abril[55]. Seguiu-se, a 17 de abril, um segundo caso[56], cuja ligação direta ao primeiro foi confirmada. O terceiro foi identificado a 26 de maio[57], no sítio da Penedia, sendo este o primeiro infetado nessa localidade e sem contacto direto com os casos anteriores[58]. O relatório de inspeção de saúde sugere que o contágio ocorreu por via indireta, provavelmente devido ao consumo de alimentos contaminados ou de água da levada, apontada como possível fonte de contaminação – «usava exclusivamente para tudo a água da levada»[59].

Retomando ao primeiro caso, de Celeste Rodrigues, observa-se que a 20 de junho surgiu o oitavo caso, no sítio do Porto, e dois dias depois, o nono caso. O oitavo caso mudou o seu estado de residência para o Caminho da Ladeira[60] e tornou-se o foco de novos contágios. Os casos 14.º (10 de julho), 17.º (15 de julho) e 22.º (20 de julho) foram infetados diretamente pelo oitavo caso que se confirmam através do prazo de incubação – «todos eles aparecem depois dos clássicos 15 a 18 dias do possível contacto»[61]. Estes, por sua vez, propagaram a doença a familiares e vizinhos: «A n.º 9 contagia a filha que adoece em 16/8. A n.º 22 contagia a filha, n.º 53 em 4/8 e esta o n.º 82 em 9/9. A n.º 14, contagio do n.º 8, constitue tambem origem de vários casos, que são os n.os 41 em 1/8; 48 em 3/8; 56 em 5/8; 67 em 13/8, 73 em 11/8; e 74 em 21/8. Uns por visinhança, outros por residirem na mesma casa»[62].

Este aglomerado resulta inteiramente do contágio direto originado pela mudança de residência do oitavo caso, que levou a infeção para outra zona da vila.

[55] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 10-11-1943, página isolada.
[56] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 4.
[57] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 4.
[58] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 4.
[59] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 4.
[60] Referido como o «Pé da Ladeira» em ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12--1943, p. 6.
[61] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 6.
[62] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 6.

Outros contágios associados ao primeiro caso incluem o caso 11.º, que infetou o marido (15.º caso) e um filho (65.º caso). A 3 de junho, a irmã do primeiro caso (quarto caso) foi diagnosticada, tendo transmitido a doença ao quinto caso, que por sua vez infetou o 12.º caso. Após esta cadeia, não há registo de outros contágios relacionados com o primeiro caso[63].

A partir do caso terceiro desenvolveu-se uma cadeia de contágios diretos. Exemplos disso são os casos 10.º (6 de julho), 16.º (14 de julho, irmão do terceiro caso) e 19.º (15 de julho, vizinho), cujas relações espaciais e temporais com o terceiro caso sustentam a hipótese de transmissão direta. Os intervalos entre os casos (entre 10 a 19 dias) são compatíveis com o período de incubação da febre tifoide. Adolfo de Sousa Brazão[64], da inspeção sanitária, conclui: «Parece que não resta dúvida de que a origem destes quatro casos não é a mesma. Não se deve tratar de pessoas que se tenham infetado em conjunto, mas antes se deve depreender que os três últimos casos são de contágio direto»[65].

No dia 17 de julho, a mãe do terceiro caso foi diagnosticada, sendo evidente o contágio direto, uma vez que lhe prestava cuidados. Nos dias 31 de julho e 2 de agosto, dois casos aparecem na vizinhança, seguidos, a 17 de agosto, por outro caso. O caso décimo contagiou a sua mãe (caso 33.º), que adoeceu 20 dias depois, e esta transmissão também pode ter ocorrido pelo vizinho (caso 51.º), que adoeceu 10 dias antes, provavelmente infetado pelo décimo caso. O 19.º caso por sua vez, infetou os casos 30.º (24 de julho), 57.º (5 de agosto) e 68.º (15 de agosto)[66].

Ao todo, o terceiro caso originou pelo menos 12 infeções diretas ao longo de cerca de dois meses e meio. Esta conclusão é reforçada pela ausência de outros doentes na mesma localidade (sítio da Penedia), no mesmo período, o que descarta uma fonte comum indireta de contágio[67].

O 13.º caso, identificado a 9 de julho no sítio das Poças, apresenta caraterísticas de contágio indireto. Sem contactos conhecidos com outros infetados, trata-se de uma peixeira que poderia «contrair a doença em qualquer parte»[68], considerando a sua atividade profissional. Não tendo certezas da origem do contágio do 13.º caso, o relatório de inspeção de saúde assume a probabilidade de ser um caso indireto uma

[63] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 7.
[64] Adolfo de Sousa Brazão, inspetor de saúde geral, foi o autor do relatório de Inspeção de Saúde do Distrito Autónomo do Funchal. ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943.
[65] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 5.
[66] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 5.
[67] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 5.
[68] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 7.

vez que se sabia que a «doente bebia habitualmente água da levada»[69]. Este caso originou infeções diretas na filha (59.º caso, a 7 de agosto), no marido (caso 66.º, a 12 de agosto) e num vizinho (24.º caso, a 19 de julho), que posteriormente infetou o 37.º caso (1 de setembro).

No sítio do Jogo da Bola surgiu, a 15 de julho, o 18.º caso e, simultaneamente, o 20.º caso na vizinha Pedra Mole, um sítio muito próximo. Entre 19 e 29 de julho, surgem seis novos casos (23.º, 25.º, 26.º, 31.º, 34.º e 39.º) que tinham em comum o facto de consumirem a água do mesmo fontanário, o "fontanário das Fontes".[70]. Posteriormente a estes casos sucedem-se outros, contudo, por contágio direto (42.º, 79.º e 80.º).

O 20.º caso, que utilizava água do fontanário de Santo António, aparece no relatório de Inspeção de Saúde como associado a um foco suspeito[71]. Os casos 27.º, 28.º e 32.º adoeceram entre 20 e 24 de julho, intervalo demasiado curto para serem casos de contágio direto, reforçando a hipótese de contaminação por via indireta.

O relatório propõe tratarem-se casos de contágio indireto – «o contagio directo tem uma marcha mais lenta»[72] – com base numa fonte hídrica em comum: – «haja uma fonte comum, e talvez seja o fontenário de Santo António, donde se abastecia toda essa gente. E digo que é de supor que assim seja porque o aparecimento dos diversos casos se dão num prazo relativamente curto – menos de 12 dias»[73].

Nas imediações da Pedra Mole e do Jogo da Bola foram identificados outros casos em simultâneo – «Vê-se além disso que outras pessoas moradoras nas imediações aparecem contaminadas quasi ao mesmo tempo»[74] – o que reforça a presença de contágio indireto, cuja rapidez de disseminação dificultava significativamente o controlo epidemiológico.

Através da análise dos casos e das probabilidades de contágio depreende-se que a epidemia do concelho do Porto Moniz conjugou uma dualidade de contágio (direto e indireto) o que levou a um maior alastramento da doença, especialmente no que concerne ao contágio indireto que tem uma propagação mais rápida e perigosa. Esta realidade contrasta com a interpretação apresentada pelo Dr. Francisco Teixeira da Fonte, que no seu relatório atribui a origem e propagação da epidemia exclusivamente ao contágio direto:

---

[69] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 7.
[70] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 7.
[71] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 6.
[72] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 6.
[73] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 8.
[74] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 8.

> «A meu vêr, os pescadores, morando em vários sítios da Vila estabeleceram so [*sic*] diversos focos epidémicos. E pelas pesquisas rigorosas a que procedi, sou de parecer que o contagio pelo inquinamento de águas deve ser posto de lado. As visitas feitas aos doentes, apesar de todas as recomendações, e maneira como apareceram os diversos focos, foram, segundo a minha fraca inteligência, as causas desta tragédia»[75].

Esta leitura mostra-se redutora e, à luz da documentação disponível, cientificamente imprecisa, pois ignora os múltiplos indícios de transmissão indireta identificados ao longo do foco epidémico.

Casos como o terceiro, 18.º, 20.º, 27.º, 28.º e 32.º, analisados com base nos prazos de incubação e na ausência de contacto direto com infetados, apresentam fortes indícios de contágio indireto. O Dr. Teixeira da Fonte – «julgo, pois, que o contágio directo fôra a causa do mal»[76] – demonstrou como este descartou prematuramente outras vias de transmissão, nomeadamente o consumo de águas contaminadas dos fontanários e levadas, bem como o papel de vetores, como as moscas. Ora, no contexto de uma epidemia, todas as possibilidades de contágio devem ser consideradas de modo a garantir uma resposta eficaz e abrangente[77]. Foi precisamente essa a abordagem do primeiro médico substituto, o Dr. Teodorico Rebelo, que reconheceu a multiplicidade de fatores em causa ao afirmar:

> «Precisava saber, qual seria o modo de propagação e a sua relação com os focos contagiantes, seria provenientes de águas de abastecimento da população, seria contágio indirecto, água de levadas e moscas. Parece-me que todos estes fatores, em parte foram os percurssores da epidemia»[78].

A análise da documentação disponível e das cadeias de transmissão mais significativas confirma que a disseminação da doença não se deu exclusivamente por contacto entre indivíduos, mas também através de fontes hídricas contaminadas e vetores de transmissão. Embora não seja possível rastrear exaustivamente todos os casos registados, os episódios analisados permitem identificar com clareza os padrões predominantes de transmissão direta e indireta, contribuindo para uma compreensão mais completa do surto epidémico de 1943.

---

[75] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 4.

[76] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 4.

[77] «Em resumo: primeiro adoeceram algumas pessoas por contágio directo, depois deu-se a contaminação em massa pelas águas embora seja licito admitir que continuava a haver contagio directo e que abundancia extraordinária de moscas também foi responsável por alguns casos» como referido em ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 15-10-1943, p. 1.

[78] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 10-11-1943, p. 2.

Medidas Profiláticas e Combate à Doença

Com o início da disseminação da febre tifoide no concelho do Porto Moniz, as autoridades de saúde locais depararam-se com sérias limitações materiais e estruturais. A inexistência de infraestruturas adequadas e a escassez de recursos básicos dificultaram significativamente a aplicação de medidas eficazes de contenção da doença, como o isolamento dos doentes e a distribuição de desinfetantes.

Inicialmente, a resposta à epidemia esteve a cargo do delegado de saúde, Dr. Francisco Teixeira da Fonte. No entanto, este adoeceu a 5 de julho, sendo substituído pelo Dr. Teodorico Rebelo. Este também contraiu febre tifoide, acabando por ser substituído a 23 de agosto[79] pelo Dr. Mário Correia Sardinha, nomeado pela Inspeção de Saúde do Distrito Autónomo do Funchal.

Apesar das limitações, foi sob a coordenação do Dr. Teodorico Rebelo que se implementaram as primeiras medidas profiláticas realmente estruturadas e adaptadas à gravidade da situação. Entre essas medidas destacam-se, o isolamento obrigatório dos infetados, a desinfeção de excreções com cal, a higienização das roupas contaminadas com creolina, a fervura da loiça doméstica, a lavagem da fruta com permanganato de potássio e a recomendação de higienização rigorosa das mãos, especialmente por parte daqueles que cuidavam dos doentes[80].

Consciente da insuficiência dos meios locais e da rápida progressão da epidemia, o Dr. Teodorico Rebelo tomou a iniciativa de procurar auxílio junto da Inspeção de Saúde. Segundo o relatório da Inspeção, «o Dr. Teodorico Rebelo teve em dada altura a louvável ideia de vir ao Funchal requisitar vacina anti-tifica e de levar consigo uma visitadora social para fazer a vacinação das pessoas que ainda apresentassem sintomas da doença»[81]. Esta decisão revelou-se crucial para o controlo do surto, no entanto, implicou um risco acrescido de propagação, uma vez que a deslocação do médico poderia resultar na infeção de terceiros. A mobilização da visitadora sanitária Idalina Salvador e da sua equipa, que chegaram a 6 de agosto ao Porto Moniz, permitiu iniciar uma campanha de vacinação em larga escala, marcando uma viragem na luta contra a doença no concelho. Apesar de continuar a faltar uma rede de saneamento

[79] É de referir que o médico Francisco Teixeira da Fonte também regressou ao concelho do Porto Moniz na mesma data – «O delegado de Saúde do Concelho, apresentou-se ao serviço, ainda convalescente, nesse mesmo dia, ficando assim 2 médicos a prestar serviço à população do Concelho do Porto Moniz», como se escreveu em ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 2.

[80] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 15-10-1943, p. 2.

[81] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 15-10-1943, p. 2.

eficiente e condições habitacionais adequadas, estas medidas profiláticas, ainda que simples, foram determinantes para travar o avanço da epidemia.

Para garantir uma resposta célere e estruturada, Idalina Salvador dividiu a sua intervenção em três eixos: medidas de saneamento da vila, estratégias de combate ao contágio direto e indireto, e medidas profiláticas extraordinárias[82].

No âmbito das medidas profiláticas do saneamento da vila, procedeu à rega de fezes e estrumeiras com creolina, à queima de lixo e à desinfeção das latrinas públicas com soluções de cal e creolina. Além disso, desinfetou os reservatórios dos fontanários[83]. Para além destas ações, solicitou ao inspetor de saúde que tomasse medidas para proibir, ou pelo menos restringir, o abate de gado na via pública – uma prática comum que agravava os riscos sanitários[84].

As medidas de combate ao contágio direto e indireto revelaram-se particularmente difíceis de aplicar, dada a precariedade de condições habitacionais existentes. No seu relatório, Idalina Salvador descreve:

> «A maior parte das residências não tem latrina; os despejos são feitos em covas abertas, na fazenda, em retretes de céu aberto e outras vezes, até, pela janela fóra. Não sendo possível obrigar a população a construir retretes em condições, e para evitar a propagação do bacilo, aconselhei que as fezes fossem desinfectadas com um soluto de cal, de preferência viva, antes de serem lançadas à cova. […] Pela parte de terreno onde corriam as fezes das retretes de céu aberto, mandei deitar soluto de cal. Aos que atiravam os despejos pela janela fóra, mandei que fizessem uma cova para esse fim»[85].

O isolamento dos doentes, foi árduo de implementar, dada a escassez de espaço e a precariedade das habitações. A própria visitadora reconheceu no seu relatório que «o mesmo não era rigoroso, já porque muitas famílias numerosas vivem em pequenas casas»[86].

Atenta aos riscos, procurou consciencializar os habitantes sobre a importância da contenção do contágio direto, informando os doentes e as respetivas famílias de que estes não poderiam receber visitas – «Toda esta gente se visitava assiduamente, o que proibi (explicando a razão porque o fazia) afim de não dar origem ao contágio direto»[87].

Além disso, foi recomendado que todos os indivíduos que contactassem com os doentes, ou com objetos por eles utilizados, desinfetassem as mãos com uma

[82] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, pp. 3-4.
[83] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 3.
[84] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 4.
[85] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 3.
[86] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 3.
[87] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 3.

solução de permanganato de potássio[88], sendo esta orientação especialmente dirigida a quem prestava cuidados diretos. A loiça utilizada pelos enfermos deveria ser imersa em desinfetante durante duas horas, e a roupa desinfetada com uma solução de creolina[89], fornecida e distribuída pela própria visitadora sanitária. Todos os desinfetantes utilizados foram disponibilizados pela Inspeção de Saúde[90].

As chamadas medidas profiláticas extraordinárias, ainda que de natureza informativa, tiveram um papel importante na contenção da epidemia. Reconhecendo a necessidade de educar a população sobre práticas de prevenção, Idalina Salvador entregou ao pároco da vila do Porto Moniz um conjunto de recomendações sanitárias, solicitando que fossem lidas durante os sermões. O objetivo era reforçar o conhecimento popular sobre formas de evitar o contágio:

> «Forneci ao pároco do Porto Moniz, para que as lêsse nas suas práticas, várias indicações sobre a maneira de evitar a propagação da epidemia, tais como: ferver a água para tudo o uso, evitar o acesso de moscas nas habitações […] resguardar os alimentos daquele insecto, higiene individual, salientado a lavagem das mãos com sabão antes das refeições, suprimir as visitas aos doentes; não ingerir alimentos crus»[91].

Paralelamente à leitura das recomendações no combate à doença por parte do pároco, a própria visitadora sanitária repetia essas orientações durante as suas visitas domiciliárias, garantido assim a sua ampla divulgação[92].

Apesar do empenho das autoridades de saúde e do esforço para aplicar as diversas medidas profiláticas, os relatórios sublinham repetidamente a dificuldade em garantir a sua eficácia plena, devido às limitações estruturais do concelho. Nesse contexto, a campanha de vacinação anti-tífica, promovida de forma coordenada pela visitadora com o apoio da Inspeção de Saúde, destacou-se como a medida mais robusta e eficaz no controlo da epidemia.

A aceitação da vacinação por parte dos habitantes do concelho foi, segundo os relatórios médicos da época, bastante positiva[93]. O médico Mário Correia Sardinha destacou no seu relatório o empenho da comunidade e a adesão significativa ao processo de imunização. Embora os dados relativos ao número de vacinados por dia apresentem variações, Idalina Salvador reportou uma média de 100 vacinações diárias,

---

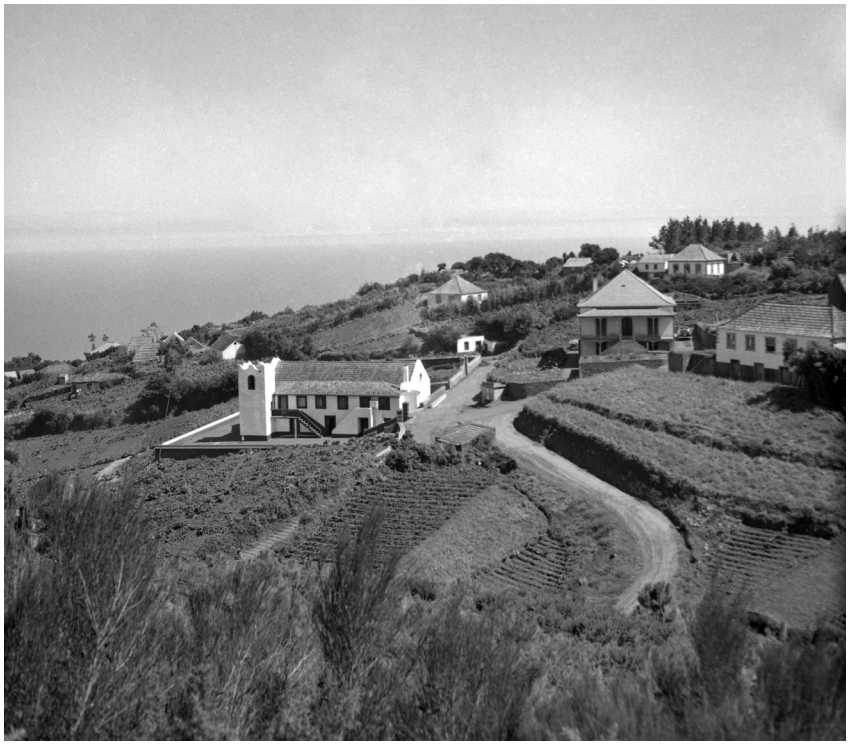
88 ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 4.
89 ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 4.
90 Creolina, cal, álcool puro, sublimado, permanganato de potássio, como referido em ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 5.
91 ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 4.
92 ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 06-11-1943, p. 4.
93 ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 15-10-1943, p. 2.

enquanto Mário Sardinha referiu dias em que se alcançaram até 400 vacinações[94], valores claramente díspares.

Devido à elevada procura e à extensão geográfica do concelho, tornou-se necessário reforçar a equipa responsável pela vacinação. Assim, foram destacadas duas novas visitadoras sanitárias: uma para a Santa do Porto Moniz, com o objetivo de vacinar os habitantes da Terra Chã e das Achadas da Cruz[95], e outra para apoiar diretamente o trabalho de Idalina Salvador na vila[96].

De acordo com os relatórios consultados, o objetivo de vacinar o maior número possível de habitantes foi cumprido. Como se pode observar no mapa que ilustra a propagação da doença pelo concelho do Porto Moniz, abaixo apresentado, esta não se restringiu apenas à vila, chegando às regiões mais remotas do concelho, como é o caso das localidades das Achadas da Cruz e do Pico Alto, devidamente assinaladas.

Figura 3. Achadas da Cruz (década de 1960)



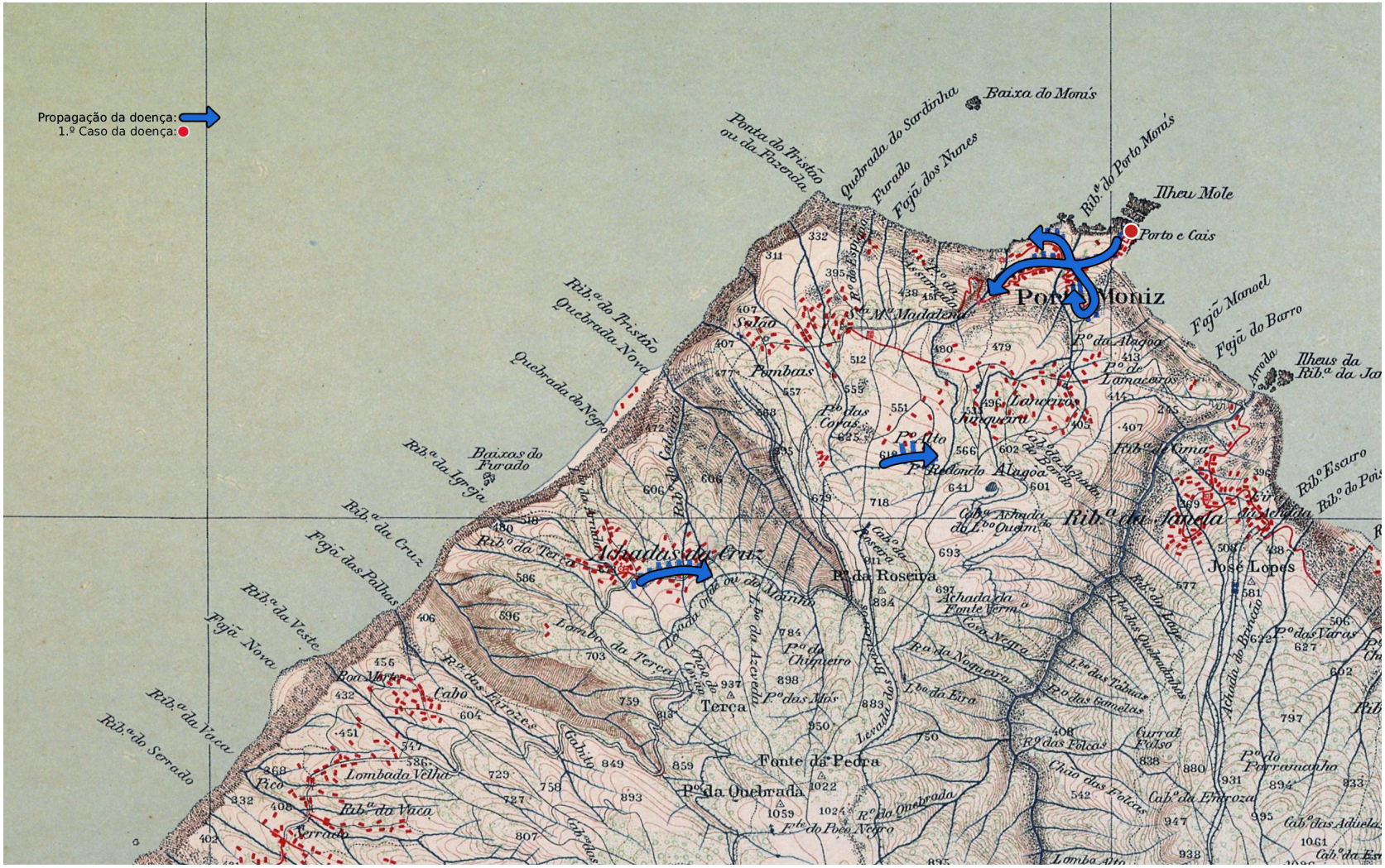
Fonte: Museu de Fotografia da Madeira – Atelier Vicente's, em depósito no Arquivo e Biblioteca da Madeira, Perestrellos Photographos, n.º inv. 12472.

[94] «[A]companhado-me a visitadora social para vacinarmos o maior número possível de pessoas. Vacinamos cêrca de 400 pessoas nesse dia», como se escreveu em ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 15-10-1943, p. 3.

[95] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 15-10-1943, p. 4.

[96] ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 15-10-1943, p. 4.

Figura 4. Mapa ilustrativo do alastramento da febre tifoide no concelho do Porto Moniz (1943)



Fontes: Elaboração de Ana Aguiar, com base em: INSTITUTO GEOGRÁFICO E CADASTRAL, 1934, *Carta Corográfica da Ilha da Madeira* […]; ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 10-11-1943, página isolada.

A vacina foi administrada tanto a indivíduos infetados como a não-infetados, revelando uma estratégia abrangente de contenção. Supõe-se que a elevada adesão obrigou a Junta de Inspeção de Saúde do Distrito do Funchal a solicitar novas remessas de vacina anti-tífica, o que se comprova com a referência no periódico *O Jornal,* de 30 de outubro de 1943: «A Inspecção de Saúde recebeu nova remessa de vacina anti-tifica, continuando, por isso, a vacinação todos os dias na referida inspecção»[97].

Em relação ao número de infetados, o relatório do Dr. Mário Sardinha, datado de 15 de outubro de 1943, indicou 85 casos confirmados. Posteriormente, o relatório do Dr. Francisco Teixeira da Fonte, de 27 de outubro, apresentou um total de 88 casos, distribuídos da seguinte forma: seis na freguesia das Achadas da Cruz, oito no sítio do Pico Alto e setenta e quatro na vila do Porto Moniz[98]. Face à inexistência de um número oficial definitivo, é razoável considerar como estimativa válida a faixa entre os 85 e os 88 infetados.

Relativamente à mortalidade, apenas o relatório do médico Mário Sardinha apresenta dados explícitos[99], mencionando oito óbitos até 15 de outubro de 1943[100]. Contudo, esta informação revelou-se imprecisa. A análise dos registos de óbitos[101] do concelho evidencia que, até essa mesma data, faleceram dez indivíduos devido à febre tifoide. Entre os casos não contabilizados pelo relatório, destacam-se Rosa Rodrigues Caldeira[102], de 19 anos, residente no sítio da Achada da Ajuda, falecida a 13 de setembro, e António Gonçalves[103], de 41 anos, residente no sítio do Lombo do Meio, falecido a 13 de outubro. Cumpre realçar que o relatório final da Inspeção de Saúde do Funchal, datado a 14 de dezembro, não inclui ainda dois óbitos adicionais registados nos dias 28[104] e 29[105] de dezembro, contudo é necessário referir que estes

97 «Vacina anti-tifica», 30-10-1943, in *O Jornal*, n.º 3412, p. 1.

98 ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 27-10-1943, p. 4.

99 No esquema topográfico anterior ao relatório de Mário Sardinha, o número de óbitos é assinalado mediante a utilização de cruzes como símbolo. Como ficou ilustrado em ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 10-11-1943, página isolada.

100 ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 15-10-1943, p. 100.

101 ABM, Conservatória do Registo Civil do Porto Moniz, livro 1169.

102 ABM, Conservatória do Registo Civil do Porto Moniz, livro 1169, fl. 54v.

103 ABM, Conservatória do Registo Civil do Porto Moniz, livro 1169, fl. 61v.

104 «Ás vinte horas do dia vinte e oito do mês de dezembro do ano de mil novecentos e quarenta e três, numa casa do sítio dos Casais de Baixo da freguesia de Ribeira da Janela, deste concelho faleceu de febre tifoide um indivíduo do sexo feminino de nome Augusta da Silva da Encarnação de trinta e nove anos de idade, de profissão doméstica», em ABM, Conservatória do Registo Civil do Porto Moniz, livro 1169, fl. 72v.

105 «Ás dezasseis horas do dia vinte e nove do mês de Dezembro do ano de mil novecentos e quarenta e três, numa casa do sítio dos casais de Baixo da freguesia de Ribeira da Janela, deste concelho faleceu de febre tifoide um individuo do sexo feminino, de nome Maria Cândida de França Jardim de dez anos de idade», em ABM, Conservatória do Registo Civil do Porto Moniz, livro 1169, fl. 74v.

podem já ser casos endémicos, não pertencentes ao surto da vila. No total, o livro de registos de óbitos do concelho assinala doze mortes por febre tifoide ocorridas em 1943, independentemente de serem casos endémicos ou associados ao surto epidémico.

Como observado, a abordagem deficitária no combate à doença acabou por contribuir diretamente para o seu alastramento. Ainda assim, a responsabilidade pela evolução do surto não pode ser atribuída exclusivamente à atuação do médico local. O concelho apresentava debilidades estruturais profundas; entre elas, destacavam-se as más condições dos fontanários públicos, a generalizada falta de higiene pública e a reduzida consciência sanitária da população face aos riscos de contágio. Importa ainda salientar que um único médico por concelho, acumulando funções clínicas e de saúde pública, era claramente insuficiente para responder às exigências impostas por um quadro epidémico.

Considerando os elementos analisados, tudo indica que a rápida propagação da febre tifoide no concelho do Porto Moniz resultou da conjugação de múltiplos fatores, nomeadamente a falta de higiene pública, a escassa perceção do risco epidemiológico e a limitada resposta institucional. Além disso, a ausência de infraestruturas sanitárias adequadas, bem como a carência de materiais profiláticos essenciais[106], comprometeram de forma significativa a eficácia das medidas de contenção implementadas. Este conjunto de condições criou um ambiente propício à proliferação da doença, potenciando a transição de um foco localizado para uma epidemia com contornos alarmantes.

Embora a epidemia tenha sido, em grande parte, controlada até ao final de 1943, a febre tifoide não desapareceu completamente do concelho. Entre 1944 e 1947 registaram-se ainda mais quatro mortes[107] atribuídas à doença. No entanto, acredita-se que estas ocorreram num contexto endémico, isto é, fora do impacto do surto de 1943.

[106] O concelho não tinha infraestruturas sanitárias que conseguissem corresponder ao avanço da epidemia, o que dificultou as medidas de isolamento – «Não existe esse material, nem camas, nem roupas, nem casa aproveitável, e por isso tive de pôr de lado a ideia de isolamento em hospital», como se escreveu em ABM, JGDAF, Inspeção de Saúde, maço 2862-12, doc. de 14-12-1943, p. 4.

[107] ABM, Conservatória do Registo Civil do Porto Moniz, livro 1170, fl. 47; livro 1171, fl. 45; livro 1172, fl. 49; e livro 1173, fl. 46.

Considerações Finais

A partir da análise cruzada de documentação, incluindo as atas de sessão da câmara municipal, os registos de óbitos do concelho do Porto Moniz de 1943, os relatórios médicos e de inspeção, bem como o periódico *O Jornal*, é possível concluir que a epidemia de febre tifoide, que atingiu o concelho entre abril e dezembro de 1943, foi controlada com eficácia. Apesar das fragilidades estruturais e das limitações operacionais locais, o controlo do surto deveu-se, em grande medida, à implementação de medidas profiláticas, nomeadamente à campanha de vacinação em larga escala coordenada pela visitadora sanitária Idalina Salvador e pela sua equipa.

O combate ao foco epidémico decorreu num cenário marcado por carências, tanto ao nível das infraestruturas como do conhecimento da população sobre práticas de saúde pública. Ainda assim, foi possível conter uma doença que se disseminava de forma preocupante. Torna-se evidente que, caso o concelho dispusesse de melhores condições sanitárias, de uma rede de abastecimento de água segura e de maior sensibilização para os mecanismos de contágio, a resposta à epidemia poderia ter sido mais célere e eficaz.

A atuação inicial do delegado de saúde, pautada por uma visão algo redutora dos modos de transmissão, poderá ter comprometido parcialmente a contenção precoce do surto. No entanto, a posterior intervenção, coordenada por outros profissionais de saúde, permitiu recuperar terreno e alcançar resultados positivos no controlo da doença.

Episódios como o do Porto Moniz demonstram como os surtos epidémicos podem servir de alerta e impulsionar melhorias nas políticas de saúde pública. A importância do saneamento básico, da vigilância epidemiológica e da formação da população em práticas de higiene torna-se inquestionável no conter dos riscos associados à disseminação de doenças infeciosas em contextos vulneráveis. Embora tenham surgido novos casos nos anos seguintes, estes foram classificados como casos endémicos pelo que não assumiram a dimensão epidémica que se verificou em 1943, o que atesta, em certa medida, o impacto duradouro das intervenções realizadas durante aquele ano.

Apesar do impacto devastador que frequentemente causam, as epidemias tendem a ocupar um lugar secundário na memória coletiva. Ao contrário de outros acontecimentos traumáticos, como guerras ou revoluções, para os quais se reservam feriados, se constroem monumentos e se escreve amplamente sobre os seus protagonistas, os surtos epidémicos, ainda que responsáveis por milhares de

mortes e profundas transformações sociais, raramente são objeto de memorização[108]. Esta ausência de reconhecimento histórico levanta questões importantes sobre os critérios com que a sociedade escolhe lembrar ou esquecer.

Ignorar ou relegar para segundo plano a história das doenças é mais do que uma falha de memória: é uma oportunidade perdida de aprender com o passado para prevenir o futuro. A história da epidemiologia, com todas as suas complexidades e lições, não deve ser encarada apenas como um capítulo clínico ou técnico, mas como parte integrante da história social e política das comunidades. As epidemias revelam as fragilidades das sociedades, desvendam desigualdades estruturais e expõem a importância dos sistemas de saúde, do saneamento e da educação.

É, por isso, urgente que se reforce o papel da história da saúde no espaço público e na cultura histórica. Recordar o surto de febre tifoide no Porto Moniz, como aqui se procurou fazer, não é apenas um exercício de reconstituição do passado, é um gesto de responsabilidade coletiva que nos lembra que a saúde também se escreve com memória.

Fontes e Bibliografia

Fontes

Arquivo e Biblioteca da Madeira (ABM), Câmara Municipal do Porto Moniz, livro 14.

ABM, Conservatória do Registo Civil do Porto Moniz, livros 1169, 1170, 1171, 1172 e 1173.

ABM, Secretaria de Junta Geral do Distrito Autónomo do Funchal, Documentação Relativa à Inspeção de Saúde do Funchal, maço 2862-12.

CAMPOS, Francisco Jasso Xavier da Costa, 1924, *Tratamento da Febre Tifóide pelo Sôro de Rodet*, Porto, Tipografia Gonçalves.

INSTITUTO GEOGRÁFICO E CADASTRAL, 1934, *Carta Corográfica da Ilha da Madeira Levantada pela Direcção Geral dos Trabalhos Geodésicos e Topográficos em 1915. Revista e Actualizada pelo Instituto Geográfico e Cadastral em 1934*, Lisboa, Instituto Geográfico e Cadastral, disponível em: https://purl.pt/23357.

[108] Uma reflexão desenvolvida a partir das ideias de Alexandra Esteves, sobre o esquecimento coletivo das epidemias, em ESTEVES, 2020, «As epidemias e a memória histórica», p. 152.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 1945, *VIII Recenseamento Geral da População no Continente e Ilhas Adjacentes em 12 de Dezembro de 1940*, vol. XXIII, Lisboa, Sociedade Tipográfica.

Jornal (O), Funchal, 1943.

Museu de Fotografia da Madeira – Atelier Vicente's, em depósito no ABM: Foto Figueiras, n.º inv. 2407.301; Perestrellos Photographos, n.º inv. 12472.

Bibliografia

ADLER, Richard & MARA, Elise, 2016, *Thyphoid Fever: a History*, Carolina do Norte, McFarland & Company.

ALMEIDA, Maria, 2014, «As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola 1854-1918», in *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* n.º 2, vol. 21, pp. 687-708.

BARBOSA, Maria & GODINHO, Anabela, 2001, *Crises de mortalidade em Portugal desde meados do século XVI até ao início do século XX,* Guimarães, Universidade do Minho, Núcleo de Estudos de População e Sociedade (NEPS).

CASCÃO, Rui, 2011, «Modos de Habitar», in VAQUINHAS, Irene (coord.), *História da Vida Privada em Portugal: A Época Contemporânea*, Lisboa, Círculo de Leitores, pp. 22-55.

COOK, Gordon C. & ZUMLA, Alimuddin I. (eds.), 2009, *Manson's Tropical Diseases*, 22.ª ed., Londres, Saunders Elsevier.

ESTEVES, Alexandra & ARAÚJO, Maria Marta Lobo de, 2021, «Resquícios de epidemias no Minho: os surtos de tifo nos séculos XIX e XX», in *Revista Portuguesa de História*, n.º 52, pp. 35-53.

ESTEVES, Alexandra, 2020, «As epidemias e a memória histórica», in MARTINS, Manuela & RODRIGUES, Eloy (coord.), *A Universidade do Minho em tempos de pandemia*. Tomo I: *Reflexões*, Braga, UMinho Editora, pp. 146-172.

LIU, Huanli, WHITEHOUSE, Chris A. & LI, Baoguang, 2008, «Presence and Persistence of *Salmonella* in Water: The Impact of Microbial Quality of Water and Food Safety», in *Front Public Health*, n.º 6, vol. 159, pp. 1-13, doi: 10.3389/fpubh.2018.00159.

MOURA, Maria, 1996, «A epidemia de tifo em Loriga (1927)», in *Gestão e Desenvolvimento,* n.º 5-6, pp. 249-281.

NASCIMENTO, Emannuel, 2022, *O olhar médico sobre as doenças, as epidemias e os problemas sanitários de Portugal de oitocentos (1855-1920)*, Braga, Dissertação de Mestrado em História na Universidade do Minho.

PARRY, Christopher M. & BASNYAT, Buddha, 2020, «Typhoid and Paratyphoid Fevers», in FIRTH, John D., CONLON, Christopher P. & COX, Timothy M. (eds.), *Oxford Textbook of Medicine*, 6.ª ed., vol. 1, Oxford, Oxford University Press, pp. 1044--1051.

RIBEIRO, João Adriano, 1996, *Porto do Moniz: Subsídios para a história do concelho*, Porto Moniz, Câmara Municipal do Porto do Moniz.