



Confluências Culturais

Revista Interdisciplinar

v. 14, n. 1 – 2025 – ISSN 2316-395X

Hospital Colônia do Carpina,
Parnaíba (PI): reflexões sobre patrimônio
cultural, história e dissonâncias
(1931-2008)

Colônia do Carpina Hospital,
Parnaíba (PI), Brazil: reflections on
cultural heritage, history and dissonances
(1931-2008)

Hospital Colônia do Carpina,
Parnaíba (PI), Brasil: reflexiones sobre
patrimonio cultural, historia y disonancias
(1931-2008)

Hamanda Machado de Meneses Fontenele¹

Recebido em: 6 dez. 2024
Aceito para publicação em: 15 fev. 2025

Resumo: Este artigo busca investigar o patrimônio cultural dissonante por meio do estudo do Leprosário São Lázaro, também conhecido como Colônia do Carpina, em Parnaíba (PI). A pesquisa qualitativa e bibliográfica explora as tensões sociais geradas pela preservação desse espaço, que refletem memórias dolorosas associadas à marginalização

¹ Mestra em História pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila) e graduada no curso de Licenciatura Plena em História pela Universidade Estadual do Piauí (Uespi). ID Lattes: 8522-0277-58571142. Orcid: 0000-0002-0040-7973.

e ao estigma da hanseníase. O leprosário, parte importante da história da saúde pública do Piauí, recebeu pacientes de diferentes regiões e serviu como testemunho da evolução das práticas médicas e das políticas de saúde. Por intermédio de sua análise, o estudo procura compreender como esse patrimônio desafia as narrativas históricas tradicionais e nos obriga a reconsiderar os valores contemporâneos relacionados com a lepra.

Palavras-chave: Parnaíba; patrimônio cultural; hanseníase.

Abstract: This article sought to investigate dissonant cultural heritage through the study of the São Lázaro Leprosarium, also known as the Colônia do Carpina Hospital, in Parnaíba (PI), Brazil. Qualitative and bibliographical research explored the social tensions generated by the preservation of this space, which reflects painful memories associated with the marginalization and stigma of leprosy. The leprosarium, an important part of the public health history of Piauí, received patients from different regions and served as a testimony of the evolution of medical practices and health policies. Through its analysis, the study sought to understand how this heritage challenges traditional historical narratives and forces us to reconsider contemporary values related to leprosy.

Keywords: Parnaíba; cultural heritage; leprosy.

Resumen: Este artículo buscó investigar el patrimonio cultural disonante por medio del estudio del Leprosario de São Lázaro, también conocido como Hospital Colônia do Carpina, en Parnaíba (PI), Brasil. La investigación cualitativa y bibliográfica exploró las tensiones sociales generadas por la preservación de ese espacio, que refleja memorias dolorosas asociadas a la marginación y el estigma de la lepra. El leprosario, parte importante de la historia de la salud pública en Piauí, recibió pacientes de diferentes regiones y sirvió como testimonio de la evolución de las prácticas médicas y de las políticas de salud. Por medio de su análisis, el estudio buscó comprender cómo ese patrimonio desafía las narrativas históricas tradicionales y nos obliga a reconsiderar los valores contemporâneos relacionados con la lepra.

Palabras clave: Parnaíba; herencia cultural; lepra.

INTRODUÇÃO

A história da Colônia do Carpina, localizada em Parnaíba, no estado do Piauí, remonta ao início do século XX, quando foi concebida como um espaço de isolamento para pessoas diagnosticadas com hanseníase, uma doença então estigmatizada. Estabelecida oficialmente em 1931, a colônia desempenhou um papel crucial na política pública de saúde, visando conter a disseminação da doença e, simultaneamente, proporcionar um espaço de tratamento para os acometidos. Contudo a Colônia do Carpina destacou-se não apenas pela sua função médica, mas também pelas complexas interações sociais e culturais desenvolvidas entre os pacientes e as famílias ao longo das décadas. Esses laços humanos, junto com o contexto de exclusão social, caracterizam o que se define atualmente como um “patrimônio dissonante”².

² Cristina Meneguello (2022) afirma que o conceito de patrimônio dissonante se ressignificou, sendo também chamado de “patrimônio difícil” e *difficult heritage* (patrimônio difícil), *troublesome pasts* (passados problemáticos), *heritage that hurts* (patrimônio que fere, conforme utilizado por Sather-Wagstaff), *displaced heritages* (patrimônios deslocados ou fora de lugar) ou, ainda, o conceito de *contested heritage* (patrimônio em disputa). Pelo menos desde o final dos anos 1990 pesquisadores e ativistas em patrimônio vêm utilizando a terminologia “patrimônios difíceis” para se referir a locais associados a sofrimento, exceção, encarceramento, segregação, punição e morte.

O conceito de “patrimônio dissonante”, formulado por Ashworth, Graham e Tunbridge (2007), busca compreender as particularidades de bens patrimoniais que geram controvérsias, seja em razão de narrativas conflitantes, disputas de memória ou diferentes formas de apropriação simbólica. A dissonância patrimonial, nesse sentido, refere-se à ausência de consenso sobre o significado atribuído a um determinado bem cultural, revelando conflitos inerentes à construção da memória coletiva e às dinâmicas de reconhecimento e valorização do patrimônio. Como apontam Ashworth, Graham e Tunbridge (2007), essa falta de concordância pode decorrer de divergências políticas, sociais ou históricas, evidenciando que o patrimônio não é uma categoria neutra, mas um campo de disputas entre diferentes agentes e temporalidades.

A patrimonialização de asilos e colônias destinados a hansenianos no Brasil exemplifica a complexidade do “patrimônio dissonante”. Esses espaços, criados para o isolamento compulsório de indivíduos acometidos pela hanseníase, carregam memórias de segregação e sofrimento, refletindo políticas de saúde pública que vigoraram especialmente durante o século XX. No estado de São Paulo, diversas instituições desse tipo foram recentemente tombadas pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado de São Paulo (CONDEPHAAT), confirmando sua importância cultural e social. Entre elas, destacam-se a Colônia de Pirapitingui, em Itu, e a Colônia Cocais, em Casa Branca. Esses asilos-colônias foram concebidos para funcionar como “minicidades”, com infraestrutura que atendia às necessidades diárias dos internados, incluindo quartos, roupas, templos, teatros, cinemas e instalações esportivas. Essa autossuficiência visava minimizar o contato dos pacientes com o mundo exterior, reforçando o isolamento imposto pela sociedade da época.

Em 2008 o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) realizou o tombamento em rede na cidade de Parnaíba, mas a Colônia do Carpina foi excluída desse reconhecimento oficial, reforçando ainda mais seu caráter dissonante. Para a pesquisadora Juliane Serres (2015, p. 1.413),

pode-se supor que os hospitais não figuram entre os bens patrimoniais por diversos motivos, entre outros, por ainda apresentar funções no presente; nesse sentido, não poderiam ser “museificados”: por ser locais relacionados à dor e ao sofrimento, portanto, mais difíceis de patrimonializar, ou ainda devido a uma visão bastante limitada de patrimônio, restrita a um tipo muito particular de bens.

Por essa razão, a tese deste artigo defende a ideia de que a Colônia do Carpina constitui um patrimônio dissonante, cuja exclusão do tombamento revela lacunas nas políticas de preservação patrimonial no Brasil, levando em consideração a ampliação do conceito para os bens relacionados a práticas sanitárias. Quando não integra a colônia à rede de patrimônios protegidos, o IPHAN, assim como as políticas culturais vigentes, perpetua uma história de marginalização das narrativas dos afetados pela hanseníase, prejudicando a sociedade por privá-la de um testemunho histórico e de uma fonte de memória coletiva. Assim, ao explorar a memória e a história da Colônia do Carpina, esta pesquisa visa compreender a construção social do patrimônio dissonante e as razões subjacentes à omissão de seu reconhecimento.

Permitindo-nos abordar aspectos das políticas de saúde pública e as dinâmicas de memória coletiva, a relevância do tema transcende o interesse histórico. Com o estudo da Colônia do Carpina sob a ótica do patrimônio dissonante, busca-se também compreender como as práticas de tombamento podem tanto valorizar quanto silenciar determinados grupos e experiências. Esse enfoque é pertinente em um momento em que o Brasil revisita a importância dos patrimônios culturais e reavalia a inclusão de

narrativas anteriormente desconsideradas. A memória da Colônia do Carpina destaca uma história de resistência dos indivíduos confinados e de suas famílias, promovendo uma reflexão sobre os direitos de memória e de pertencimento para comunidades que vivenciaram o estigma e a exclusão social.

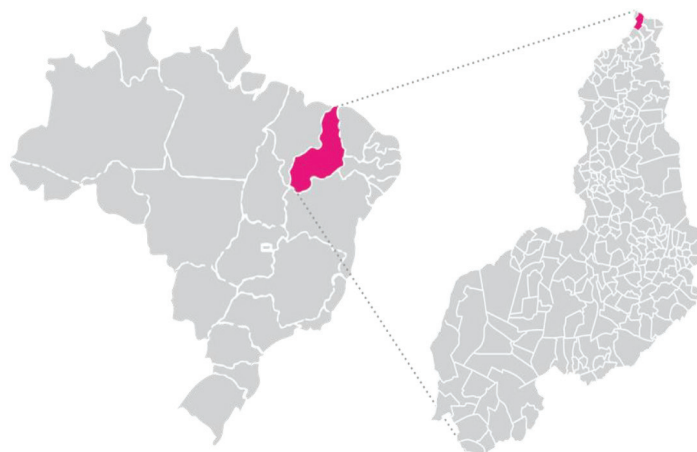
Os objetivos desta pesquisa são, portanto, múltiplos. Primeiramente, procura-se reconstruir a trajetória histórica de formação da Colônia do Carpina em Parnaíba e os impactos sociais de tal construção no período de modernização da cidade. Em segundo lugar, pretende-se analisar as percepções da colônia como um patrimônio dissonante que rememora um período de exclusão social e sofrimento. Um terceiro propósito é investigar as políticas de tombamento e a lógica que subjaz à exclusão da colônia do processo realizado pelo IPHAN, questionando como essa omissão pode afetar a compreensão pública e a preservação da história da hanseníase no Piauí.

Para alcançar tais objetivos, adotou-se uma metodologia que combina pesquisa documental e revisão literária de obras já existentes sobre patrimônio cultural e hanseníase no Piauí. Documentos históricos, como legislações da fundação da Colônia do Carpina, e fotografias são utilizados para traçar a trajetória da instituição desde sua fundação até o tombamento federal do patrimônio cultural de Parnaíba. A análise será conduzida à luz dos estudos de patrimônio dissonante e de memória coletiva, permitindo interpretar o caso da Colônia do Carpina sob um prisma que engloba tanto a exclusão institucional quanto a resistência cultural.

A CIDADE DE PARNAÍBA: O FOCO DA HANSENÍASE

A Colônia do Carpina, também conhecida como Leprosário São Lázaro, localiza-se no município de Parnaíba, no estado do Piauí, Região Nordeste do Brasil. Geograficamente, Parnaíba situa-se no litoral do Piauí, a cerca de 330 km ao norte da capital do estado, Teresina. A cidade teve seu período de modernização em 1930, com a chegada de imigrantes ingleses e franceses dispostos a abrir casas comerciais que facilitassem a exportação de couro, cera de carnaúba e babaçu – produtos de grande importância na primeira metade do século XX. A partir disso, a concentração populacional do município aumentou, junto com a construção de casarões e galpões portuários que funcionavam constantemente.

Figura 1 – Localização do Piauí no Brasil e, em seguida, do município de Parnaíba no estado do Piauí



Fonte: Freire (2017, p. 9)

O Piauí teve suas fronteiras definidas em 1758, com a instalação da Capitania de São José do Piauí, atual estado do Piauí, por meio de uma carta régia. No norte do estado, a cidade de Parnaíba preserva em sua estrutura, desde o século XVIII até o presente, um vasto acervo de bens materiais culturais, capaz de narrar as múltiplas vivências que compõem a vida cidadina. Inicialmente um vilarejo, como grande parte das cidades piauienses do século XVIII, Parnaíba apresentava baixa densidade populacional, no entanto essa realidade mudou à medida que as atividades portuárias cresceram, trazendo novos desafios para a saúde pública e a urbanização na sua fase inicial de desenvolvimento.

Nesse contexto, a ocupação do Piauí deu-se do sertão para o litoral, de maneira que a cidade de Parnaíba se formou tardiamente. Tal cenário mudou por conta da necessidade de desenvolvimento comercial fluvial, culminando na criação da Vila de São João da Parnaíba, em 1762. Esta estava geograficamente situada nas margens do Rio Igarçu, afluente do Rio Parnaíba e braço do Delta das Américas, e “estima-se que a população no ano de sua fundação era composta de em média 1.747 homens brancos livres e 602 escravos que trabalhavam nos armazéns portuários e no abate de gado” (Rego, 2010).

Nesse espaço, o fluxo de mercadorias era constante, caracterizando-se pela movimentação incessante de produtos que chegavam e partiam através das rotas fluviais. Além disso, como é típico das cidades portuárias, havia um trânsito contínuo de pessoas, incluindo comerciantes, marinheiros, trabalhadores portuários e viajantes de diversas origens. Concordando com essa ideia, Benevolo (1980) afirma em sua obra *A História da cidade* que as “cidades portuárias são centros de atividade econômica, onde o fluxo de mercadorias e pessoas molda a paisagem urbana e impulsiona o crescimento e a transformação das cidades”. Segundo ele, esses centros dinâmicos são essenciais para o desenvolvimento urbano, pois a constante interação entre o comércio e a mobilidade humana gera um ambiente vibrante e em constante evolução (Benevolo, 1980).

A constituição da cidade de Parnaíba é evidenciada pelo desenvolvimento iniciado no Porto das Barcas e que progrediu ao longo da atual Avenida Getúlio Vargas. Tal avenida é caracterizada por casarões de estilo colonial e armazéns do século XVIII, mas não se limita a isso; a expansão urbana para o interior da cidade revela novas formas arquitetônicas. Sob a perspectiva do arquiteto Aldo Rossi (2001), “a arquitetura se torna uma chave interpretativa da cidade, onde o passado e o presente coexistem harmoniosamente”. Historicamente isso pode ser percebido na cidade de Parnaíba, quando, a partir de 1770, começaram a surgir os primeiros edifícios significativos, como a “Casa-Grande” de Domingos Dias da Silva e, posteriormente, a Igreja Matriz de Nossa Senhora da Graça e a Igreja Nossa Senhora do Rosário dos Homens Pretos de Parnaíba, entre outras construções de relevância. A chegada da Corte portuguesa em 1808 trouxe consigo transformações substanciais para a colônia. De acordo com o sociólogo Gilberto Freyre (1948), “essa mudança promoveu uma modernização influenciada pelos padrões ingleses”. Nessa conjuntura, a arquitetura evoluiu, incorporando sobrados como o Solar da Casa Inglesa e a casa comercial Marc Jacob. Ao longo do século XIX, surgiram diversas residências e estabelecimentos comerciais, além de instituições educacionais como a União Caxeiral e a Escola Normal e hospitais como a Santa Casa da Misericórdia (1896)³.

Esse contexto é frequentemente mencionado na historiografia local como a “fase moderna” da cidade (Silva, 2012; Veras, 2020; Vieira, 2010; Cerqueira, 2015;

³ Em relação às instituições de saúde, Gisele Sanglard (2007) afirma que, especificamente, os hospitais são instituições medievais de ordem filantrópica que etimologicamente se associam ao ato de hospedar, e, dado o seu significado, eram abertos a todas as mazelas humanas, exceto àquelas como lepra e sífilis. Para essas enfermidades havia prédios específicos.

Melo, 2011; Rego, 2010). Durante tal período, a cidade experimentou uma significativa transformação em virtude da comercialização em larga escala de produtos extrativistas. Essa prosperidade econômica trouxe consigo novas práticas sociais e a construção de edificações influenciadas pelos estilos arquitetônicos ingleses e franceses. Edifícios imponentes, sobrados elegantes e armazéns foram construídos, refletindo o poder econômico e a modernidade da época.

Contribuindo também para uma sensação de progresso e sofisticação, as ruas foram pavimentadas, e serviços urbanos, melhorados. Essa fase próspera, entretanto, foi seguida por uma estagnação econômica que deixou cicatrizes profundas no município. A desaceleração comercial resultou na paralisação de novos projetos de construção e manutenção, levando ao abandono e à degradação de muitos edifícios. A infraestrutura urbana sofreu por causa da falta de investimentos, e a cidade, antes vibrante e dinâmica, enfrentou desafios significativos para se adaptar à nova realidade econômica.

No contexto histórico conhecido como “Belle Époque ao avesso” – termo cunhado pelo historiador Josenias dos Santos Silva (2012) –, Parnaíba vivenciou um contraste marcante entre o ideal de progresso, a modernidade e a realidade sombria da cidade, marcada pelos problemas de insalubridade e endemias antes mencionados. Durante o fim do século XIX e início do XX, muitas cidades brasileiras experimentaram um crescimento urbano e econômico inspirado pelo modelo europeu, que promovia o progresso e a modernização vistos por intermédio do embelezamento urbano, todavia tal progresso muitas vezes ocorria de forma desigual, exacerbando problemas sociais e de saúde pública, especialmente nas áreas mais pobres.

VAMOS AFASTAR O PROBLEMA: A CONSTRUÇÃO DO LEPROSÁRIO

A decisão de fundar o Leprosário Colônia do Carpina, em Parnaíba, refletiu a importância econômica e política da cidade, que na época era um dos principais centros comerciais do estado do Piauí. A cidade possuía uma elite econômica influente e uma infraestrutura em desenvolvimento, com um porto ativo que facilitava a comunicação e o transporte de bens e pessoas, gerando um crescimento populacional desordenado, acompanhado do surto crescente de endemias, uma vez que a modernidade não trouxe consigo o saneamento básico e políticas públicas de saúde. Essa modernidade mencionada nas pesquisas oitocentistas (Silva, 2012; Veras, 2020; Vieira, 2010; Cerqueira, 2015; Melo, 2011; Rego, 2010) sobre o Piauí reforça a criação de uma elite que precisava manter-se limpa e saudável. Na mesma época surgiu um surto de hanseníase que gerou crescente preocupação entre as autoridades sanitárias e a sociedade local, dado o estigma associado à doença.

Na década de 1920 o governo brasileiro instituiu o Código Sanitário de 1920, que previa o isolamento compulsório das vítimas do bacilo de Hansen. A partir dessa regulamentação, houve um aumento significativo na construção de leprosários em várias partes do país. Entre 1920 e 1940, foram estabelecidos cerca de 30 deles em diferentes estados brasileiros, sendo o Leprosário Colônia do Carpina um dos primeiros do Piauí. A criação de leprosários foi vista como uma medida emergencial, especialmente no Nordeste, onde a precariedade das condições de saúde e saneamento se agravava. Em razão disso, entre as décadas de 1930 e 1950 o Brasil utilizou a internação compulsória de pacientes de hanseníase como controle da doença na comunidade. Com o fim dessa política, muitos pacientes continuaram a viver em tais espaços, constituindo famílias e laços afetivos. Essas políticas contrariaram as próprias recomendações internacionais que desde há muito desaconselhavam o isolamento total do doente, “ou mesmo ignorando

a possibilidade de cura por sulfona, estabelecida a partir da década de 1940” (Monteiro, 1995, p. 4).

No início do século XX as políticas de saúde pública no Brasil eram fortemente influenciadas pelas ideias higienistas, que buscavam “limpar” as cidades de doenças e, simbolicamente, das populações consideradas indesejáveis. Nesse contexto, as pessoas afetadas pela hanseníase eram frequentemente isoladas em leprosários, locais criados para afastá-las do convívio social e da cidade idealizada. A construção do Leprosário São Lázaro, em Parnaíba, planejado em 1927 e inaugurado em 1931, exemplifica essa prática de exclusão social. O leprosário funcionava como uma forma de “gentrificação” da cidade, reorganizando o espaço urbano para torná-lo mais “limpo” e adequado às aspirações modernizantes da época. Tal processo, no entanto, não se limitava à melhoria das condições urbanas, mas também envolveu o afastamento e a segregação de grupos considerados problemáticos, como os portadores de hanseníase.

Figura 2 – Mapa da distância entre o centro e o leprosário



Fonte: *Print* de tela da cidade de Parnaíba (PI) retirado de Google Maps (2025), com edição gráfica da autora indicando a distância entre o Centro e o Leprosário Colônia do Carpina

Como pode ser observado na imagem anterior, o centro da cidade – isto é, o local onde a cidade se concentrava no século XX – ficava a 3,95 km do terreno do leprosário, uma distância significativa no contexto do referido século, em que a cidade se concentrava na região demarcada como Central, e os arredores eram abandonados. Além disso, havia dificuldades de locomoção nessa distância, por conta da ausência de transportes. A prática de isolar os doentes em leprosários refletia uma visão social excludente, na qual a preservação da imagem da cidade idealizada era mais importante do que a inclusão e o cuidado com os doentes. Esse isolamento não apenas agravava o sofrimento das vítimas de hanseníase, ao afastá-las de suas famílias e comunidades, mas também perpetuava o estigma em torno da doença. No caso de Parnaíba, o Leprosário São Lázaro simboliza esse período em que as políticas de saúde pública, em vez de

promoverem a integração e o cuidado comunitário, reforçavam a marginalização dos doentes. Para Michel Foucault (2000, p. 129),

na Idade Média, o leproso era alguém que, logo que descoberto, era expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra à lepra dos outros. O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão.

Durante o período em que a hanseníase foi reconhecida como um problema social em Parnaíba, surgiram duas abordagens distintas para enfrentá-la: a filantropia e as políticas públicas. Nesse contexto, a primeira medida adotada foi a criação da Fundação São Lázaro, uma instituição filantrópica administrada por indivíduos com considerável influência política na sociedade. Por ser de natureza filantrópica, a fundação dependia inteiramente do apoio financeiro e material da comunidade, que incluía desde as pessoas mais humildes até as mais abastadas. Conforme Alvarenga (2011), “aqueles que não possuíam recursos suficientes para contribuir com grandes quantidades de dinheiro muitas vezes se sacrificavam, abstendo-se de prazeres pessoais para apoiar a causa”. A fundação representava um esforço coletivo, em que a solidariedade comunitária desempenhava um papel crucial na manutenção e no funcionamento da instituição.

A abordagem filantrópica contrastava com as primeiras ações governamentais, solicitadas pelo presidente da Fundação São Lázaro, Dr. Mirocles Veras, ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Por muito tempo a filantropia foi a única via de sustentação da fundação, e a participação federal e do Estado dava-se apenas por elogio ao trabalho civil.

Somente em 1936 a instituição recebeu apoio financeiro do Governo Federal para ampliar sua estrutura e em 1939, mediante Decreto, o leprosário se tornou oficialmente o asilo de leprosos do Estado (Alvarenga, 2011).

Em 1931, durante a gestão do prefeito Ademar Neves, foi inaugurado o Leprosário São Lázaro, renomeado na década de 1940 como Colônia do Carpina pelo Decreto n.º 398, de 15/7/1941. Inicialmente os 50 pacientes foram acomodados em um único pavilhão, mas a demanda excedia o espaço. Com a superlotação, foram construídos mais dois pavilhões pela iniciativa privada. Em 1940 sua estrutura já apresentava algumas modificações:

Na Colônia do Carpina, os internos costumam afirmar que “**lá tinha tudo que tinha lá fora**”, as coisas boas e as ruins. Em torno do Hospital, onde se instalava a autoridade máxima daquele espaço – o médico diretor – foi montada a estrutura administrativa e funcional do leprosário: os pavilhões para os internos solteiros e desacompanhados de ambos os sexos; casas para internos que legalmente tinham constituído famílias; nesses últimos espaços também residiam as crianças e adolescentes que chegavam à instituição desacompanhadas de suas famílias; cadeias para o sexo masculino e feminino; escola; Igreja; pequenas quitandas de propriedades dos internos; refeitório; prédio social com espaço definido para funcionamento de cassino, onde funcionou mais tarde o cinema e o salão de baile, a rádio, a mercearia da Caixa Beneficente e a escola; casa dos funcionários; um parlatório onde se davam as visitas, sem contato corporal, entre os enfermos e seus familiares, entre outras coisas (Alvarenga, 2011, p. 235, grifo nosso).

Diante disso, revela-se a tentativa de reprodução, dentro da Colônia do Carpina, de uma microestrutura social que refletia, em certa medida, a vida fora do leprosário. A afirmação grifada sugere tanto a presença de elementos comuns à sociedade externa – como moradias, espaços de lazer, comércio e serviços públicos – quanto a manutenção das desigualdades, condições e restrições que marcaram a experiência do confinamento. A organização espacial e funcional do leprosário evidencia um controle institucional rigoroso, centrado na figura do médico-diretor, cuja autoridade se manifestava sobre todos os aspectos da vida dos internos. Além disso, a separação dos espaços por critérios, como estado civil e gênero, a existência de cadeias internas e a imposição de barreiras ao contato com familiares demonstram que, apesar da tentativa de emular a sociedade extramuros, a colônia operava com um sistema disciplinar próprio, em que a liberdade era restringida e a experiência cotidiana era atravessada pelo estigma da hanseníase. A composição das imagens a seguir ilustra os primeiros anos de funcionamento da colônia, apontando sobretudo a participação predominantemente masculina.

Figura 3 – Aspectos da Colônia do Carpina em 1939



Fonte: Souza-Araújo (1956)

Na década de 1930 o número de pacientes internados no leprosário ultrapassou significativamente sua capacidade, chegando a abrigar mais de 300 pessoas (Alvarenga, 2011). Esse aumento drástico reflete a insuficiência de infraestrutura para lidar com a doença não apenas no Piauí, mas também em estados vizinhos como o Ceará, o Maranhão e até o Amazonas, de onde vinham muitos dos doentes. Mesmo com leprosários estabelecidos nesses estados, a superlotação era comum, obrigando muitos acometidos pela hanseníase a buscar refúgio na colônia piauiense.

Essa situação ia além de uma questão meramente sanitária, “sendo também um reflexo das desigualdades sociais da época” (Alvarenga, 2011, p. 192). A concentração de vítimas da hanseníase no Leprosário São Lázaro revela a luta de classes subjacente às políticas de saúde pública no Brasil. A segregação compulsória dos doentes, muitos dos quais eram pobres e marginalizados, reforçava a exclusão social e evidenciava as falhas do sistema em garantir o tratamento adequado a todos, independentemente de sua classe social. Para Alvarenga (2011, p. 221), os grupos que viriam ao leprosário em busca de refúgio e tratamento

eram homens e mulheres sem profissão ou ligados ao mundo do trabalho por setores de pouco prestígio e reconhecimento social. O leprosário de Parnaíba foi o asilo de lavradores e nunca do proprietário de terra, operários das pequenas oficinas que funcionavam na cidade, estivadores, sapateiros, domésticas, lavadeiras e seus descendentes e não dos comerciantes ou de profissionais liberais que formavam a elite e o setor médio do Estado.

A segregação de uma classe social específica no leprosário de Parnaíba não constituía um caso isolado, mas sim algo recorrente em instituições semelhantes. Ao analisar o Leprosário de Itapuã, a pesquisadora Juliane Serres (2009) destacou um padrão semelhante, evidenciando que a maioria dos internos pertencia às camadas sociais urbanas vulneráveis. Em sua pesquisa, Serres (2009) apontou que o grupo era predominantemente composto por trabalhadoras domésticas, incluindo donas de casa, cozinheiras, copeiras, lavadeiras e serviçais. Essa sobreposição entre marginalização econômica e segregação sanitária revela não apenas o modo como a hanseníase era tratada no período, mas também como as políticas de isolamento reforçavam desigualdades sociais preexistentes.

O leprosário não era apenas um local de tratamento, mas também um espaço onde as divisões de classe eram reafirmadas. A doença, em si, parecia não ser o único critério para o confinamento: a origem social dos pacientes era um fator decisivo. A hanseníase, assim, funcionava como um marcador da exclusão dos trabalhadores mais pobres, que eram duplamente estigmatizados – pela doença e pela posição que ocupavam na estrutura social.

NARRANDO A HISTÓRIA DOS EXCLUÍDOS POR MEIO DO PATRIMÔNIO DISSONANTE

Em 2008 o IPHAN iniciou o processo de tombamento dos bens culturais da cidade de Parnaíba por meio do tombamento em rede, que visava à salvaguarda de um conjunto de edificações remanescentes do período colonial que tem o poder de rememorar o período áureo da cidade (1930-1950). A formação do IPHAN remonta ao período em que as políticas de saúde pública varguistas estavam em seu auge, alinhadas ao projeto de construção de um Estado ideal. A inclusão do patrimônio na agenda do poder público federal está frequentemente vinculada ao Decreto n.º 25/1937, que institui a categoria de “patrimônio histórico e artístico nacional”. Ao analisarmos a trajetória das políticas públicas de preservação patrimonial até o final do século XX, entretanto, observamos uma transformação significativa com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que ampliou a definição de patrimônio histórico e artístico para também abranger a dimensão cultural. Conforme o artigo n.º 216 da referida Constituição, conceitua-se o patrimônio cultural da seguinte maneira:

Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem:

I - as formas de expressão;

II - os modos de criar, fazer e viver;

III - as criações científicas, artísticas e tecnológicas;

IV - as obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais;

V - os conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico, paleontológico, ecológico e científico (Brasil, 1988).

O projeto inicial do IPHAN visava à construção da identidade nacional por meio das edificações que remontam à arquitetura luso-brasileira. Nessa fase conhecida como heroica (1937-1967), “o patrimônio era concebido como ‘documento de identidade’ da nação” (Gonçalves, 1996). Posteriormente, na fase moderna da instituição, o conceito de patrimônio cultural ampliou-se para além da “pedra e cal”. Segundo a historiadora Françoise Choay (2001), “durante muito tempo o conceito de patrimônio cultural esteve associado aos bens herdados no seio familiar”, contudo ressignificou-se com o passar do tempo, sendo, portanto, um conceito polissêmico. Isso se justifica pelo fato de o significado de patrimônio ser uma construção social que se adéqua ao contexto. Além disso, por ser polissêmico e socialmente construído, trata-se de um conceito que se ressignifica conforme as necessidades de cada tempo e de cada cultura. Assim, valores como “cultural”, “natural”, “histórico”, entre outros, foram somando-se à concepção de patrimônio para representar o projeto social.

Quando o IPHAN passou a se dedicar ao patrimônio cultural de Parnaíba, a abordagem de suas ações já havia mudado. Na década de 1980, em parceria com a Unesco, o objetivo deixou de ser exclusivamente a contribuição para a formação da identidade nacional e passou a priorizar o uso do patrimônio como ferramenta de desenvolvimento econômico, especialmente por meio do turismo cultural. Por essa razão, o processo de tombamento intitulado *Cidades do Piauí: testemunhas da ocupação do interior do Brasil durante o século XVIII – Conjunto Histórico e Paisagístico de Parnaíba* resultou no reconhecimento federal de 830 edificações situadas às margens ou nas proximidades do Rio Igarapu, ponto de partida do passeio pelo Delta do Parnaíba. O IPHAN adotou como critério para o tombamento o fato de essas construções apresentarem predominantemente o estilo arquitetônico colonial e remeterem à ocupação do Piauí, além de possuírem potencial para inserir o município no mapa do turismo cultural do Nordeste.

Essas edificações foram antes protegidas pelo Decreto n.º 1908/03, que instituiu o sistema de preservação do patrimônio histórico, artístico e natural do município de Parnaíba. “Por meio dele, houve o reconhecimento de 41 bens culturais da cidade, entre os quais, o 39.º patrimônio tombado foi o Leprosário Colônia do Carpina” (Parnaíba, 2003). Esse decreto já apontava o interesse municipal em reconhecer a Colônia do Carpina como um patrimônio que contribui para a narrativa da história local, embora seja uma edificação que também remonta a capítulos de sofrimento e exclusão. A prática de reconhecimento de patrimônios que aludem a histórias difíceis foi inaugurada pela Unesco em 1979 mediante a salvaguarda do Campo de Concentração de Auschwitz, trazendo um novo conceito atrelado ao patrimônio cultural: as dissonâncias. Para Meneguello e Borges (2018, p. 200),

o patrimônio não deve ser apenas um relicário de testemunhos estéticos da atividade humana, cabe a essa categoria descortinar as tensões históricas por meio do dever de memória em relação às vítimas das diversas atrocidades cometidas contra a sociedade.

Se anteriormente tínhamos a noção de patrimônio atrelada à identidade, isto é, “quem somos”, essa nova concepção deveria nos apontar “quem não queremos ser”. Diante disso, vale ressaltar a perspectiva de Ulpiano Bezerra de Meneses (1992), ao dizer que o trabalho com o patrimônio cultural depende do projeto de sociedade esperada e da sociedade existente.

O reconhecimento dos leprosários construídos no século XX como parte de uma política higienista de afastamento das vítimas de hanseníase do convívio social constituiu-se também como possibilidade de evocar memórias dissonantes que requalificam o

sofrimento como um acontecimento histórico capaz de suscitar novos arranjos sociais. Sobretudo, “tais patrimônios podem registrar, recordar e auxiliar as vítimas e seus descendentes a lidarem com o passado” (Meneguello, 2020, p. 180). O reconhecimento de tais espaços se faz necessário ainda, pois, embora a hanseníase seja uma doença antiga, o estigma e a marginalização dos afetados não se restringiram à antiguidade. Até a chegada dos europeus no Brasil, não havia entre os nativos o histórico de hanseníase, todavia o século XX representa um marco importante de alastramento da doença em território nacional, percebido especialmente pela iniciativa de construção dos leprosários. De acordo com a pesquisadora Valtéria Alvarenga (2011, p. 140), “a prática de gentrificação das vítimas de lepra é muito antiga e a tradição judaico-cristã foi a principal precursora dessa prática no mundo Ocidental”.

Em consequência, durante a Idade Média a doença ainda estava relacionada ao campo do sagrado, associada à perspectiva de pecado, sendo controlada somente por volta do século XVI. Com novas epidemias, agora sob um olhar científico, o agente causador da hanseníase tornou-se objeto de estudo do cientista norueguês Gerhard Armauer Hansen, que identificou em 1873 o bacilo. A partir de então, medidas médico-sanitaristas passaram a ser implantadas com o objetivo de conter a doença e sobretudo, desde a instauração da República Velha (1889-1930), a cumprir uma agenda eugenista e racista.

No Brasil, o estado de São Paulo foi pioneiro no tombamento de seus leprosários por meio de estudos desenvolvidos entre 1995 e 2014 pelo CONDEPHAAT. Com o tombamento de cinco leprosários e um preventório, a instituição objetivava preservar os antigos hospitais colônia como referência de lugares que marcam na história práticas profiláticas, bem como a percepção da doença. De acordo com o dossiê temático elaborado durante o processo de tombamento do leprosário paulista Santo Ângelo, foi registrado que

[...] este [...] patrimônio constitui a materialização dos estigmas e das políticas públicas de saúde imputados aos portadores da hanseníase em São Paulo, reconhecendo-se assim a memória da dor e do sofrimento de milhares de paulistas (São Paulo, 2014).

Dessa maneira, o patrimônio vinculado à hanseníase pode ser compreendido como uma expressão material das dinâmicas sociais e institucionais. Ele não guarda apenas a memória das políticas públicas de saúde rompidas, mas também cristaliza os estigmas associados à hanseníase, evidenciando um legado de exclusão e sofrimento. Ao se referir à “materialização dos estigmas e das políticas públicas”, regulariza-se que as estruturas físicas e os registros históricos associados à hanseníase, como hospitais colônia e documentos oficiais, não apenas refletem os preconceitos enfrentados pelos pacientes, mas também revelam como tais práticas foram legitimadas pelo poder público. Nesse sentido, a preservação desse patrimônio transcende a dimensão arquitetônica ou documental, funcionando como um importante elemento de memória social, que permite revisitar criticamente os impactos dessas políticas no contexto da saúde pública e nos direitos dos indivíduos marginalizados.

Os recentes processos de tombamento de instituições no Brasil associadas à profilaxia da hanseníase permitem um olhar para os hospitais colônia criados em diferentes estados da federação, em especial a partir das décadas de 1930 e 1940. Mais que isso, convidam a pensar na dimensão deste patrimônio e das memórias que ele permite mobilizar, não apenas identificado no patrimônio edificado ou dos instrumentos científicos relacionado à ainda pouco estudada

história da saúde no Brasil, mas também na luta dos portadores de hanseníase pelo reconhecimento de seus direitos à reparação pela forma como foram alijados da sociedade por décadas (Meneguello; Borges, 2018, p. 347).

O estudo da hanseníase no Brasil ainda é um campo pouco explorado na historiografia da saúde, o que torna tais processos de patrimonialização relevantes para ampliar a compreensão das políticas públicas sanitárias e suas consequências. Para Juliane Serres (2015), os estudos da patrimonialização dos bens relativos à saúde podem ser considerados em duas categorias: patrimônio cultural da saúde ou patrimônio relacionado ao sofrimento. O primeiro está atrelado ao testemunho de narrativas históricas referentes aos indícios que permitem compreender as diversas formas de tratamento, a relação entre saúde e doença, saberes médicos etc. Já o segundo, relacionado a sofrimento, exclusão, morte, ainda provoca discussões, “para além da natureza do bem, mas sobretudo, por tratar-se da história recente, com consequências para o tempo presente, que envolve atores contemporâneos e, portanto, diferentes apropriações” (Serres, 2015, p. 1.423).

Para compreender a importância do tombamento desses espaços como patrimônio, é necessário entender que, como lugar de memória, as antigas colônias representam também a identidade, “cuja busca é uma das atividades fundamentais dos indivíduos e das sociedades de hoje” (Le Goff, 1992, p. 476). Para Sanglard e Costa (2008), quando se fala de patrimônio cultural brasileiro, fala-se de uma construção inorgânica, erigida por engenheiros, intelectuais e técnicos participantes dos debates em torno da memória nacional. Tratando-se de hospitais, leprosários, asilos e demais instituições de saúde, a patrimonialização começou a ser pensada em território brasileiro a partir do 7.º Congresso Regional de Informação em Ciência da Saúde (Crics), realizado em Salvador no ano de 2005. Na ocasião, por meio da discussão sobre história, memória e patrimônio da saúde no Brasil, ficou definido

o Patrimônio Cultural da Saúde como um conjunto de bens materiais e simbólicos socialmente construídos, que expressam o processo da saúde individual e coletiva nas suas dimensões científica, histórica e cultural (Historia y patrimonio..., 2006, p. 237).

Esses patrimônios, no entanto, permanecem marginalizados no cenário da preservação institucional, não figurando entre as prioridades de órgãos federais como o IPHAN. Conforme levantamento realizado por Juliane Serres (2015) abrangendo o período de 1938 a 2012, não há registros de leprosários que tenham sido tombados ou inventariados pelo IPHAN. Além disso, entre os 21 bens⁴ patrimoniais relacionados direta ou indiretamente à saúde reconhecidos por essa instituição, observa-se uma tendência à valorização de edificações do período colonial, cuja patrimonialização se fundamenta predominantemente em critérios estéticos e artísticos. Esse viés sugere a persistência de uma concepção exclusiva do patrimônio cultural que privilegia determinados aspectos históricos e estilísticos em detrimento da memória social de instituições marcadas pelo estigma, como os antigos leprosários.

⁴ “Embora reconhecidamente tenha havido uma ampliação da noção de patrimônio nas últimas décadas, contemplando um repertório mais abrangente em suas tipologias, recortes temporais e sociais, ‘a origem’ da maioria dos bens – sobretudo de natureza material – continuou relacionada a uma ideia de monumentalidade, sendo eles referentes, sobretudo, ao passado colonial e imperial do país, vinculados às elites, à igreja, às forças armadas ou à administração pública” (Serres, 2015, p. 1.420).

Tal panorama reflete a exclusão da Colônia do Carpina do processo de tombamento federal realizado na cidade de Parnaíba, evidenciando a persistência de critérios seletivos na definição do patrimônio cultural reconhecido oficialmente. A ausência desse espaço nos inventários do IPHAN sugere que a patrimonialização na região segue uma visão que privilegia construções associadas a uma narrativa histórica hegemônica, vinculada à formação urbana colonial e à valorização estética dos bens modernos. Dessa forma, espaços que carregam memórias dissonantes, como os antigos leprosários, permanecem à margem das políticas de preservação, reforçando um processo de silenciamento histórico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência de interesse do IPHAN pelo tombamento da Colônia do Carpina em Parnaíba (PI) reflete desafios e limitações presentes na concepção e na prática das políticas de preservação do patrimônio cultural no Brasil. Os estudos sobre patrimônio cultural ganharam maior relevância no meio científico a partir da década de 1990, com uma construção teórica e metodológica que ainda enfrenta lacunas significativas. Nesse contexto, o patrimônio cultural da saúde emerge como um subcampo que exige maior atenção, considerando sua recente consolidação e o pouco aprofundamento de pesquisas e debates. Conforme destaca Juliane Serres (2015, p. 1.420),

a investigação sobre o patrimônio da saúde no Brasil permanece restrita, reproduzindo a invisibilidade das memórias associadas às políticas públicas de saúde e às experiências dos sujeitos envolvidos.

Os leprosários, como a Colônia do Carpina, são exemplos paradigmáticos de lugares de memória que preservam os vestígios materiais e simbólicos de políticas públicas voltadas ao isolamento compulsório de pessoas acometidas pela hanseníase. Esses espaços testemunham os impactos das ações estatais no campo da saúde pública, especialmente após a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930, que impulsionou a implementação de colônias destinadas ao tratamento e à segregação de pacientes. Representando um marco na história das estratégias sanitárias, essas instituições transcendem a função de espaços hospitalares e carregam significados que remetem à exclusão social, ao estigma e às dinâmicas de poder entre Estado e sociedade. Porém, enquanto patrimônio dissonante, a Colônia do Carpina apresenta desafios específicos.

O conceito de patrimônio dissonante, introduzido por autores como Logan e Reeves (2009), reconhece a importância de preservar espaços que não apenas refletem o “gênio criativo da humanidade”, mas também expõem os aspectos mais cruéis e destrutivos da história. O IPHAN, entretanto, tem priorizado em suas práticas de salvaguarda bens que reforçam narrativas de unidade nacional ou exaltam passados gloriosos, em detrimento de espaços que evocam memórias de sofrimento e exclusão. No caso da Colônia do Carpina, tais memórias conflitam com o discurso nacionalista e conciliador que historicamente orientou as políticas de preservação cultural no Brasil.

A própria percepção dos antigos pacientes da colônia, como evidenciado no relato de C.M.O., citado por Valtéria Alvarenga (2011), reforça o valor simbólico e social do espaço. Para muitos ex-internos, a colônia representa, além de um refúgio diante da discriminação enfrentada fora de seus muros, também um espaço de pertencimento e resistência. Apesar disso, o reconhecimento oficial dessa memória tem sido limitado, sobretudo porque os bens culturais associados a grupos historicamente marginalizados continuam à margem das políticas institucionais.

Além disso, a fase mais recente do IPHAN, que enfatiza o potencial turístico do patrimônio cultural, intensifica a exclusão de lugares como a Colônia do Carpina, que não se ajustam facilmente a tal perspectiva. A transformação do patrimônio em recurso turístico apresenta desafios éticos e políticos, pois muitas vezes subordina a memória e os significados sociais à lógica mercadológica. Portanto, a exclusão da Colônia do Carpina do processo de tombamento revela a necessidade de repensar as práticas institucionais de preservação, ampliando os critérios de reconhecimento para incluir narrativas mais plurais e críticas sobre a história nacional. O estudo e a discussão sobre patrimônios dissonantes, como os leprosários, oferecem uma oportunidade para avançar no debate sobre memória, identidade e representatividade, propondo políticas de preservação que valorizem a diversidade das experiências históricas e a complexidade das memórias coletivas.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Antonia Valtéria Melo. **Desenvolvimento e segregação: políticas de modernização e isolamento compulsório de famílias afetadas pela lepra no Piauí (1930-1960)**. 2011. 357 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

ASHWORTH, Gregory John; GRAHAM, Brian; TUNBRIDGE, John E. **Pluralising pasts: heritage, identity and place in multicultural societies**. London: PlutoPress, 2007.

BENEVOLO, Leonardo. **A história da cidade**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1980.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988.

CERQUEIRA, Maria Dalva Fontenele. **Entre trilhos e dormentes: a estrada de ferro central do Piauí na história e na memória dos parnaibanos (1960-1980)**. 2015. Tese (Doutorado em História do Brasil) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.

CHOAY, Françoise. **Alegoria do patrimônio**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2001.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FREIRE, Pamela Krishna Ribeiro Franco. **Ecomuseu Delta do Parnaíba (MUDE): um instrumento de valorização de uma rica e complexa paisagem cultural no meio norte do Brasil (2016)**. 2017. Dissertação (Mestrado em Artes, Patrimônio e Museologia) – Universidade Federal do Piauí, Parnaíba, 2017.

FREYRE, Gilberto. **Ingleses no Brasil: aspectos da influência britânica sobre a vida, a paisagem e a cultura do Brasil**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1948.

GONÇALVES, José Reginaldo Santos. **A retórica da perda: os discursos do patrimônio cultural no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1996.

GOOGLE MAPS. **Parnaíba (PI)**. Disponível em: https://www.google.com/maps/place/Parna%C3%ADba,+PI/@-2.9187931,-41.7689096,6026m/data=!3m1!1e3!4m6!3m5!1s0x7ec3adcd5926c75:0x45351f9daa75bb92!8m2!3d-2.9096093!4d-41.7537178!16zL20vMDdobW4z?entry=ttu&g_ep=EgoyMDI1MDQwNy4wIKXMDSoASAFQAw%3D%3D. Acesso em: 8 abr. 2025.

HISTORIA y patrimonio cultural de salud: propuesta para la creación de una biblioteca virtual latinoamericana. **Anais Chilenos de Historia da Medicina**, v. 16, p. 237-242, 2006.

LE GOFF, Jacques (org.). **As doenças têm uma história**. Tradução de Laurinda Bons. Revisão literária e editorial de Alberto Freire. Lisboa: Terramar, 1992.

LOGAN, William; REEVES, Keir. Introduction: remembering places of pain and shame. *In*: LOGAN, William; REEVES, Keir (ed.). **Places of pain and shame: dealing with "difficult heritage"**. Milton Park, England: Routledge, 2009.

MELO, Neuza Brito de Arêa Leão. **O ecletismo parnaibano: hibridismo e tradução cultural na paisagem da cidade na primeira metade do século XX**. 2011. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

MENEGUELLO, Cristina. Patrimônio difícil: um conceito incompleto? *In*: NOGUEIRA, Antonio Gilberto Ramos (org.). **Patrimônio, resistência e direitos: histórias entre trajetórias e perspectivas em rede**. 1. ed. Vitória: Milfontes, 2022. v. 1, p. 385-394.

MENEGUELLO, Cristina. Patrimônios difíceis (sombrios). *In*: CARVALHO, Aline; MENEGUELLO, Cristina. **Dicionário temático de patrimônio: debates contemporâneos**. Campinas: Editora da Unicamp, 2020.

MENEGUELLO, Cristina; BORGES, Viviane. Patrimônio, memória e reparação: a preservação dos lugares destinados à hanseníase no estado de São Paulo. **Revista Patrimônio e Memória**, São Paulo: Unesp, v. 14, n. 2, p. 345-374, jul.-dez. 2018.

MENESES, Ulpiano Bezerra de. O patrimônio cultural entre o público e o privado. *In*: DIREITO à memória: patrimônio histórico e cidadania. São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico, 1992.

MONTEIRO, Yara Nogueira. **Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo**. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

PARNAÍBA. Lei n.º 1.908, de 4 de março de 2003. Institui o Sistema de Tombamento do Patrimônio Histórico, Artístico e Natural do Município de Parnaíba, cria o Conselho Consultivo Municipal do Patrimônio Cultural e Natural de Parnaíba (Conspac), revogada como Lei n.º 1.413/ 93 e n.º 1.775/01 e dá outras exceções. Parnaíba, 2003.

REGO, Junia Motta Antonaccio Napoleão do. **Dos sertões aos mares: história do comércio e dos comerciantes de Parnaíba (1700-1950).** Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2010.

ROSSI, Aldo. **A arquitetura da cidade.** Tradução de Eduardo Brandão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Esboços: Histórias em Contextos Globais**, v. 13, n. 16, p. 11-33, 2007.

SANGLARD, Gisele; COSTA, Renato da Gama-Rosa. Memória, história e patrimônio cultural da saúde: uma história possível. *In*: PORTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Fróes; COSTA, Renato da Gama-Rosa (org.). **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958).** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 18-28. ISBN: 978-85-7541-599-3.

SÃO PAULO. Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico (CONDEPHAAT). **Asilo Colônia Santo Ângelo.** Processo de tombamento n.º 72143/14. São Paulo, 2014.

SERRES, Juliane Conceição Primon. **Memórias do isolamento: trajetórias marcadas pela experiência de vida no Hospital Colônia Itapuã.** 2009. Tese (Doutorado em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2009.

SERRES, Juliane Conceição Primon. Preservação do patrimônio cultural da saúde no Brasil: uma questão emergente. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1.411-1.426, out.-dez. 2015.

SILVA, Josenias dos Santos. **Parnaíba e o avesso da Belle Époque: cotidiano e pobreza (1930-1950).** Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César de. **História da lepra no Brasil – Volume III – Período Republicano (1890-1952).** Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.

VERAS, Alexandra Sablina do Nascimento. **Usos do passado, memória e apropriações do patrimônio industrial de Parnaíba, Piauí (1940, 1970- 1980, 2000-2019)**. 2020. Dissertação (Mestrado) – Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

VIEIRA, Lêda Rodrigues. **Caminhos de ferro: a ferrovia e a cidade de Parnaíba, 1916-1960**. 2010. 188 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2010.