



## IMPLANTE COCLEAR: CONCEITO, HISTÓRIA E DESDOBRAMENTOS DISCURSIVOS

**Clevisvaldo Pinheiro Lima** – [klevislma@hotmail.com](mailto:klevislma@hotmail.com)

Universidade Federal do Piauí, UFPI, Teresina, Piauí, Brasil; <https://orcid.org/0000-0001-8907-9998>

**Anesio Marreiros Queiroz** – [beckmarreiros@gmail.com](mailto:beckmarreiros@gmail.com);

Universidade Estadual do Piauí, UESPI, Teresina, Piauí, Brasil; <https://orcid.org/0000-0001-5268-9856>

**RESUMO:** O implante coclear é um dispositivo eletrônico utilizado como parte dos processos terapêuticos para as pessoas com surdez, inata ou adquirida, do tipo neurossensorial de grau profundo, visando a possibilitar o acesso ao som. Para alguns, o referido aparelho corresponde a um recurso tecnológico capaz de ‘curar’ ou, pelo menos, facultar às pessoas surdas uma integração tangível com a sociedade majoritariamente ouvinte, melhorando a qualidade de vida do segmento em apreço; para outros, trata-se de um instrumento de controle e normatização, um recurso nocivo à comunidade surda, uma tentativa de erradicação do surdo, de sua cultura e de sua língua, a língua de sinais. No presente artigo, não se pretende defender ou criticar o uso deste equipamento, mas mostrar como ele surgiu, como funciona e investigar os efeitos de sentido produzidos sobre ele a partir desses diferentes lugares. Para tanto, utiliza-se neste trabalho o aporte teórico-metodológico da análise de discurso materialista proposta por Michel Pêcheux, na França, e por Eni Orlandi, aqui no Brasil. A partir deste investimento analítico, percebemos o discurso sobre o implante coclear como um instrumento de prática política em que há um confronto de sentidos e uma tentativa de produção de um consenso acerca do surdo e da surdez.

**PALAVRAS-CHAVE:** Implante coclear; surdez; análise de discurso.

### 1 INTRODUÇÃO

O implante coclear é um dispositivo eletrônico que passou, a partir da década de 1980, a fazer parte dos processos terapêuticos para pessoas com surdez, visando a possibilitar o acesso ao som. Contudo, ele tem produzido, tanto no meio acadêmico quanto na sociedade, de modo geral, diferentes discursos quanto à sua eficácia, importância e, principalmente, quanto à sua utilização enquanto instrumento de poder, produzindo aceitação ou recusa.

Para alguns, o aparelho é reputado como um recurso tecnológico capaz de ‘curar’ ou, pelo menos, possibilitar às pessoas surdas uma efetiva integração com a sociedade majoritariamente ouvinte, melhorando a qualidade de vida do segmento em epígrafe. Por outro lado, outros encaram essa ferramenta como um instrumento de controle e normatização, um recurso nocivo à comunidade surda, uma tentativa de erradicação do surdo, de sua cultura e de sua língua, ou seja, da língua de sinais.

Dessa forma, concebe-se que a singularidade desta pesquisa acerca da questão do implante coclear está justamente no olhar que se atribui a ele. Nessa perspectiva, não se pretende defender ou criticar o uso desse equipamento, tampouco tratá-lo sob a ótica da medicina. Entendendo que a posição de analista de discurso não é neutra – porquanto na qualidade de sujeito, não se está fora da história ou da ideologia

–, o objetivo é explicitar, mediante a historicidade, o modo como aquele irrompe, enquanto instrumento de tratamento às pessoas com surdez, investigando os efeitos de sentido produzidos sobre o implante coclear a partir de diferentes lugares discursivos. Trata-se, pois, de um trabalho de análise de discurso.

Tendo isso em vista, o dispositivo teórico-metodológico da análise de discurso rege a relação com o objeto deste estudo. Enquanto analistas de discurso, estes autores partem de uma posição deslocada que permite “contemplar o processo de produção de sentidos em suas condições” (ORLANDI, 2015, p. 59), revelando como o discurso sobre o implante coclear funciona e produz sentidos. Nesse ensejo, apresenta-se ao leitor, inicialmente, o objeto desta investigação, qual seja o implante coclear, explicitando o modo como ele funciona e a historicidade atinente a ele.

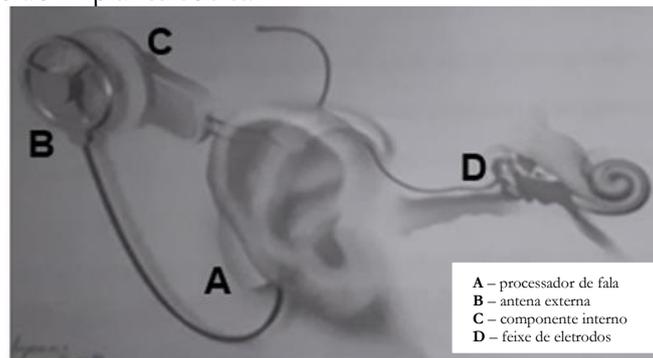
## **2 IMPLANTE COCLEAR: O QUE É E COMO FUNCIONA?**

O recurso tecnológico mais difundido e utilizado pelas pessoas com deficiência auditiva são os Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI), que atuam ampliando o som a partir da audição residual, daí porque não são recomendados a todos os casos de surdez, mas àqueles indivíduos que possuem resquícios auditivos – embora esses sujeitos não contem com a possibilidade de discriminação dos sons da fala. Além disso, em algumas situações, a amplificação dos sons pelos AASI vem acompanhada de ruídos e chiados.

Não obstante, as constantes pesquisas na área de biotecnologia permitiram o surgimento de uma tecnologia que, segundo seus defensores, possibilita aos deficientes auditivos (re)escutar de forma clara, sem os chiados constantes dos AASI e com a possibilidade de discriminação dos sons da fala humana: trata-se do implante coclear.

Diferente dos AASI, o Implante Coclear (doravante IC) não utiliza a audição residual, mas cria a audição por impulsos elétricos. Para tanto, esse dispositivo é composto por dois componentes, um interno e outro externo. O componente interno é fixo e inserido cirurgicamente no osso do crânio, de onde partem os eletrodos – até 22 eletrodos, dependendo da marca do aparelho –, que são introduzidos no interior da cóclea para substituir as células ciliadas que, no caso da surdez neurossensorial de grau severo-profundo, são inexistentes ou muito danificadas. O componente externo, por sua vez, é móvel e composto pelo processador de fala e pela antena, sendo responsável por captar o som e levá-lo à parte interna. Nele localizam-se as baterias necessárias para o funcionamento do dispositivo. A Figura 1, a seguir, ilustra os componentes do IC.

**Figura 1** – Componentes do implante coclear



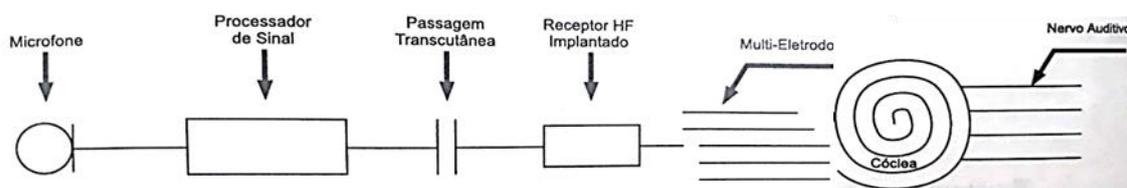
Fonte: adaptado de Yamada e Valle (2014, p. 23)

Albernaz (2008) explica que tanto a parte interna quanto a externa possuem ímãs que permitem o alinhamento entre as unidades e garantem o máximo de eficiência na transferência dos sinais. Assim,

O processador de som (A) captura o áudio do ambiente, converte em código digital e o envia para a antena; a antena (B) então transmite esse código para o implante que está embaixo da pele, usando sinais de rádio; o implante (C) converte o código digital em impulsos elétricos e os envia para o feixe de eletrodos; os eletrodos (D) do implante que estão dentro da cóclea estimulam o nervo auditivo, que retransmite o som ao cérebro. (LOBATO; SUARES, 2017, p. 33).

Por seu turno, Kozlowski (1997) afirma que independentemente do modelo utilizado, o princípio é invariável, pois uma vez que a cóclea do sujeito surdo não consegue (mais) efetuar a codificação do som devido aos danos das células ciliadas presentes na cóclea, introduz-se o IC, que estimulará diretamente o nervo auditivo, conforme o esquema disposto na Figura 2.

**Figura 2** – funcionamento do implante coclear



Fonte: adaptado de Kozlowski (1997, p. 11)

Na acepção de Pfeifer (2015), o processador de fala é semelhante a um aparelho auditivo, e seu *design*, cor e tamanho variam de acordo com os modelos e as marcas disponíveis, os quais, em geral, diferenciam-se pelo modo de estimulação, pela localização dos eletrodos e pelo número de canais implantados.

No que alude à variedade de modelos e marcas, Blume (2010) assevera que atualmente, o mercado do IC é controlado mundialmente por três organizações: a *Cochlear Corporation* (1981), uma empresa australiana, a primeira a trabalhar com o implante de multicanais e atualmente líder do setor, responsável por até setenta por cento do mercado; a austríaca *Med-El* (1990); e a *Advanced Bionics* (1993), norte-americana.

Além dessas três companhias, destacadas pelo referido autor, sobleva-se que a empresa francesa *Neurelec* (2005) também atua no mercado brasileiro. Visando a entender como essas instituições assumiram o controle do mercado mundial, como o IC chegou ao Brasil, e os diferentes efeitos de sentido nos/dos discursos sobre o implante coclear, reputa-se imprescindível evocar um encontro com a história. Ei-la a seguir.

### 3 HISTÓRIA DO IMPLANTE COCLEAR

O IC existe há pouco mais de 50 anos. A primeira cirurgia de IC ocorreu em 1961, na cidade de Los Angeles, nos Estados Unidos, e foi realizada pelo médico otologista William Fouts House e pelo neurocirurgião John Doyle que, juntamente com o engenheiro eletrônico Jim Doyle, desenvolveram um dispositivo capaz de transformar as vibrações sonoras em estímulos elétricos enviados diretamente ao cérebro, a partir da implantação de um eletrodo na cóclea. O pioneirismo do procedimento, no entanto, resultou em alguns percalços, e os dois primeiros surdos implantados sofreram um processo de rejeição ao dispositivo, culminando em sua retirada, posteriormente.

Apesar disso, a continuidade das pesquisas e o avanço da tecnologia permitiram o aprimoramento do dispositivo, diminuindo o tamanho dos componentes eletrônicos e facultando um aperfeiçoamento e uma qualidade mais acurada no material utilizado, minimizando as chances de rejeição pelo organismo e possibilitando que outros pacientes fossem implantados com sucesso.

Além de House, Blair Simmons foi outro pesquisador norte-americano que se dedicou a pesquisar sobre esse tipo de dispositivo. Contudo, eles tinham, em consonância com Blume (2010), estilos e objetivos diferentes: enquanto Simmons queria desenvolver um dispositivo que permitisse aos surdos não apenas ouvir, mas distinguir a fala – o que necessitaria de inúmeras pesquisas, tanto na parte eletrônica quanto na neurofisiológica –, House intentava colocar o dispositivo no mercado tão rápido quanto possível.

O avanço das pesquisas de House e a possibilidade de criação de um mercado consumidor da tecnologia promoveu o aumento no número de pesquisadores interessados pela questão do IC, o que ensejou um aprimoramento cada vez mais constante dos componentes utilizados nesse procedimento, quais sejam o receptor interno, o microfone, a antena de transmissão e o processador de fala. Tais avanços culminaram na realização da Primeira Conferência Internacional de Estimulação do Nervo Auditivo para

Tratamento da Surdez Neurossensorial de Grau Profundo, reunindo os principais pesquisadores da temática e introduzindo definitivamente na literatura médica o termo *implante coclear* (MUDRY; MILLS, 2013).

O dispositivo desenvolvido por House, em parceria com a *Urban's Company*, continha apenas um canal, e recebeu inúmeras críticas de cientistas da área de fisiologia e neurologia da audição, para quem além de não haver conhecimento suficiente sobre o funcionamento desse dispositivo – de modo que justificasse a experiência com humanos –, ele nunca propiciaria aos implantados o discernimento dos sons percebidos (BLUME, 2010).

Mesmo assim, o trabalho de House atraiu a atenção de cientistas da Europa, a exemplo de Claude Henri Chouard, em Paris, Ellis Douk, em Londres, e da Austrália, como Graeme Clark. De acordo com Blume (2010), Clark, filho de pai surdo, pautado em sua tese de doutorado sobre a maneira como o som é codificado e convertido em impulsos elétricos que estimulam o nervo auditivo, estava convencido de que a estimulação desse nervo, a partir de um único eletrodo, não seria suficiente para viabilizar aos implantados acesso à fala ou mesmo ao discernimento de sons percebidos nos ambientes. Para ele, múltiplos eletrodos deveriam ser inseridos na orelha interna.

Assim, em 1970, Clark começou a trabalhar no desenvolvimento de um dispositivo multicanal. Todavia, a dificuldade consistia em inserir inúmeros eletrodos em um órgão tão pequeno e em formato de espiral, caso da cóclea. Em conformidade com Blume (2010, p. 43), foi “brincando com uma concha na praia que uma ideia surgiu em sua mente. uma folhinha de grama, empurrada para a abertura da concha, dobrada facilmente em torno da espiral. Tudo dependeria da força e flexibilidade do eletrodo”.

Dessa forma, em primeiro de agosto de 1978, Clark implanta seu protótipo multicanal em Rod Saunders, que havia perdido a audição em um acidente de trânsito alguns anos antes (BLUME, 2010). Contudo, o processador ainda não era portátil, então Saunders só poderia ouvir com o IC quando este se conectava a um computador. Por conseguinte, Clark firma parceria com a Nucleus, uma companhia australiana especializada em dispositivos eletrônicos voltados à medicina, e começa a aprimorar seu IC, denominado de Cochlear/Nucleus.

A propósito, Mudry e Mills (2013) apontam que a partir do interesse da indústria por esse mercado, outros grupos de pesquisa começaram a realizar novos experimentos de estimulação do nervo auditivo, desenvolvendo novos dispositivos de IC, criando novas empresas especializadas em sua produção, como é o caso, além da Nucleus (Cochlear) Corporation, com sede na Austrália, fundada em 1981, da Advanced Bionics (1993), nos Estados Unidos; da Med-El (1990), na Áustria; da Chorimac (1987), na França, entre outras.

Apesar de as pesquisas e os procedimentos cirúrgicos terem emergido no início da década de 1960, foi somente na década de 1980 que a Food and Drug Administration (FDA), órgão responsável

pela regulamentação das questões de saúde nos Estados Unidos, começou a conduzir os assuntos relativos ao IC, aprovando o procedimento inicialmente apenas para adultos, e posteriormente, em 1990, para crianças surdas a partir de 12 meses de vida, embora a primeira cirurgia em crianças, nos Estados Unidos, tenha sido realizada em 1989, pelo Dr. House, em uma criança surda de cinco anos, utilizando um implante próprio para crianças desenvolvido pela Nucleus/Cocheer Corporation.

No Brasil, a primeira cirurgia de IC foi realizada, de acordo com Albernaz (2008), em outubro de 1977, no Hospital Israelense Albert Einstein, em São Paulo, pelo médico otorrinolaringologista Dr. Pedro Luiz Mangabeira-Albernaz e sua equipe, empregando a mesma técnica praticada nos EUA pelo Dr. House. Isso porque foi com o Dr. House que o médico brasileiro aprendeu sobre o IC, tendo, inclusive, participado, em fevereiro do mesmo ano, em Los Angeles, nos Estados Unidos, da 1ª Conferência Internacional de IC organizada pelo otologista americano, que reuniu os principais pesquisadores da temática.

A equipe brasileira foi composta, além do Dr. Mangabeira-Albernaz, pelo engenheiro eletrônico Dr. Chao Chi Chun, pela fonoaudióloga Marlene Mangabeira Albernaz, e pela psicóloga Eva Ocougne. Concebe-se que já nessa época, a cirurgia de IC era considerada de alta complexidade e especificidade, demandando uma equipe multiprofissional. Ainda consoante Albernaz (2008), essa cirurgia foi a primeira da América do Sul e a segunda do mundo realizada fora dos Estados Unidos.

A regulamentação do procedimento em nível nacional ocorreu a partir da Portaria nº 1.278, de outubro de 1999, do Ministério da Saúde, que delimitou os critérios de indicação e contra-indicação do procedimento e estipulou as normas para o cadastramento dos centros e núcleos para a realização do IC. Essa Portaria foi revogada pela Portaria nº 2776, de dezembro de 2014, que ampliou e incorporou novos procedimentos para a atenção às pessoas com deficiência auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio dessa nova portaria, garantiu-se às pessoas interessadas, acometidas por surdez, o implante bilateral. Antes havia a cobertura do procedimento cirúrgico em apenas uma orelha, bem como a possibilidade de manutenção e troca dos componentes do IC, o que não era assegurado pela Portaria anterior. Além das referidas normativas, destaca-se a Portaria nº 18, de junho de 2014, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, órgão subordinado ao Ministério da Saúde que incorpora ao SUS procedimentos relativos ao implante coclear e às próteses auditivas ancoradas ao osso.

Sem embargo, a cirurgia de colocação do IC não é um procedimento recomendado a todas as pessoas com surdez, apenas àquelas que apresentam perda auditiva bilateral do tipo neurosensorial de grau severo-profundo e que não se beneficiem significativamente de um aparelho de amplificação sonora convencional. Ademais, devem ser consideradas as condições anatômicas da orelha do candidato ao IC, principalmente da cóclea, que receberá os eletrodos, e do nervo auditivo, que deve estar preservado para que o procedimento seja possível (KOZLOWSKI, 1997; PFEIFER, 2015; IARTES, 2015).

Nessa perspectiva, Albernaz (2008) adverte que os resultados obtidos pelos implantados é particular e depende de fatores como: a idade em que recebe o implante; o tempo que ficou sem ouvir; o número de eletrodos inseridos na cóclea; o grau de comprometimento do implantado com os tratamentos de reabilitação com o fonoaudiólogo; as condições socioeconômicas da família etc.

Os aspectos psicológicos e linguísticos dos indivíduos candidatos ao implante também são levados em conta na triagem envidada pela equipe multidisciplinar aos candidatos ao implante. É preciso que tanto a pessoa com surdez, candidata à cirurgia, quanto seus familiares tenham expectativas realistas sobre o IC, “sobre o que se pode esperar dele e sobre todo o empenho necessário para que se chegue a um resultado satisfatório” (PFEIFER, 2015, p. 137). No caso de pacientes adultos, é fundamental que já tenham feito uso de aparelhos auditivos e de terapias auditivas “com um bom desempenho em leitura labial” (KOZLOWSKI, 1997, p. 22).

No entendimento de Lobato (2014, p. 89), mesmo após a cirurgia, “o implante coclear é um processo gradual e lento, leva anos para se ter uma audição razoavelmente próxima da audição de um ouvinte” e exige do implantado “força de vontade para (re)aprender os sons”, sendo obrigatório uma reabilitação fonoaudiológica constante. Ainda assim, segundo a autora em apreço, o processo vale a pena, pois melhora a qualidade de vida das pessoas com surdez, propiciando maior autonomia e inclusão.

Nesse sentido, Pfeifer (2015, p. 114) acrescenta que o IC proporciona melhora na autoestima e “quebra barreiras, abre o nosso potencial em todos os níveis e nos liberta das limitações impostas pela deficiência auditiva”. Entretanto, a susodita autora ressalta que o implante coclear e a língua de sinais não são antagônicos, mas podem ser complementares.

Enunciando a partir de outro lugar discursivo, Rezende (2012) contrapõe-se às autoras supramencionadas e vislumbra o implante coclear como uma imposição, uma opressão de uma sociedade majoritariamente ouvinte que sob o discurso da medicalização cria no imaginário social a ideia de que os surdos são deficientes e necessitam de cura, negando a identidade cultural desses indivíduos. Destarte, a referida autora vê o IC como uma tentativa de disciplinar e controlar o copo surdo, impondo, conseqüentemente, a erradicação da língua de sinais, da cultura e da identidade surda.

Como se observa, o discurso sobre o IC é heterogêneo, com justificativas a favor e contrárias à realização do procedimento, não havendo consenso acerca dessa questão, embora cada grupo tente construir esse ‘nós’ coletivo que representaria as aspirações e os desejos compartilhados pelos indivíduos que integram a sociedade, seja no/pelo discurso médico ou no/pelo discurso socioantropológico (ORLANDI, 2010).

Por esse motivo, faz-se necessário um aprofundamento acerca do modo como esses dizeres favoráveis e contrários ao IC produzem sentidos e circulam em sociedade.

#### 4 OS DIFERENTES DIZERES SOBRE O IMPLANTE COCLEAR (IC)

Consoante Blume (2010), os indivíduos que enunciam a partir de uma posição favorável ao uso do IC são, geralmente, surdos e familiares de surdos pós-linguais, isto é, indivíduos que ficaram surdos após a aquisição da língua oral. Tais sujeitos entendem a surdez como uma deficiência que “prende as pessoas numa bolha de solidão e silêncio [...] e derruba o ânimo e a alegria de viver daqueles que convivem com ela” (LOBATO, 2014, p. 09).

Os discursos enunciados a partir desse lugar discursivo compreendem que a surdez impede ou dificulta o aprendizado de sua língua materna, ou seja, a Língua Portuguesa, tanto na modalidade oral quanto escrita, e significam o IC como um auxílio necessário para uma qualidade de vida mais acurada e inclusão social por meio da oralização.

Sob esse viés, a língua de sinais não é vista como instrumento de poder, como defendem alguns teóricos da área da surdez, mas apenas como mais uma língua que pode ou não ser aprendida pelo indivíduo com deficiência auditiva/surdez. Para Pfeifer (2013), por exemplo, há uma ‘militância surda’ que tenta impor sobre as crianças surdas o ensino de Libras como única alternativa disponível a elas.

De acordo com a supracitada autora, “qualquer surdo só tem a ganhar em oportunidades profissionais, educativas e pessoais caso domine o português” (PFEIFER, 2013, p. 30). Nesse sentido, para ela, ser apenas usuário da língua de sinais seria como viver em função da deficiência, restrito a um grupo de pessoas e eternamente dependente.

Associar os deficientes auditivos à língua de sinais, nessa perspectiva, é um estereótipo, um mito que precisa ser esclarecido, porquanto a surdez seria uma deficiência heterogênea, não havendo uma única significação disponível, principalmente quando considerados os vários graus e tipos de perda auditiva.

Nessa esteira, Lobato (2014) explica que embora a Libras seja uma língua oficialmente reconhecida e que tenha um grande número de adeptos em todo o País, ela não representa a única possibilidade de comunicação para os deficientes auditivos, uma vez que existem pessoas que possuem deficiência auditiva leve ou moderada e que lidam com ela a partir dos AASI.

Ainda segundo a referida autora, existem, ainda, aqueles que apresentam surdez severa ou profunda e que não fazem uso dos AASI por não apresentarem ganhos satisfatórios, mas também não utilizam a língua de sinais, optando pelos tratamentos de reabilitação fonoaudiológica que estimulam a oralização e a leitura labial, tendo ou não feito a cirurgia para a colocação do IC, ou seja, os chamados surdos oralizados.

Há entre os autores que se manifestam a partir dessa posição favorável ao uso de tecnologias como o IC o discurso de que no Brasil ocorre uma tentativa de homogeneização da deficiência auditiva e imposição àqueles que são deficientes auditivos da língua de sinais, quando, na verdade, existiriam

outras alternativas comunicativas tão ou mais eficientes que essa, como as tecnologias de transmissão fechada de som (Sistema FM ou Aro de Indução Magnética), os aparelhos auditivos e o próprio IC.

Pfeifer (2013), acerca disso, afirma que cabe aos surdos oralizados o papel de ajudar a desmistificar a ideia errada de que a deficiência auditiva é sinônimo do uso de Libras, e contribuir com a propagação de informações acerca das tecnologias voltadas aos deficientes auditivos, como o IC, as quais se propõem a dar aos sujeitos surdos limiares auditivos semelhantes aos de uma audição normal.

Yamada e Valle (2014) salientam que embora o IC não cure a surdez, provê aos implantados a sensação de audição com a qualidade necessária para a percepção dos sons da fala, o que acarreta melhorias não apenas nos aspectos linguísticos, mas em questões comportamentais e afetivas que oportunizam um ajuste mais adequado desses indivíduos à vida cotidiana.

Se para aqueles contrários a esse procedimento, o IC constitui uma tentativa de controle do corpo surdo – sendo a família uma instituição de normatização, vigilância e correção dos corpos desse segmento –, para os defensores do uso de tecnologias como o IC, a família representa o apoio e o suporte necessário para que os deficientes auditivos submetidos ao procedimento cirúrgico se desenvolvam, adquirindo a autonomia e independência proporcionadas pelo som.

Outrossim, Yamada e Valle (2014, p. 53) apontam que um dos critérios necessários para o sucesso do IC é exatamente o nível de envolvimento da família, especialmente no caso de crianças, pois “é com a família que a criança permanece a maior parte do tempo [...] o desempenho das crianças varia de acordo com o envolvimento, a autoeficácia e a interação de cada mãe com suas crianças”.

Em resposta àqueles contrários ao IC, Pfeifer (2015) argumenta que a autorização de colocação do IC não representa uma tentativa de extermínio da cultura ou da comunidade surda, mas uma possibilidade de ampliação da comunicação com o outro. Isso porque nem todos os surdos são candidatos ao procedimento, e mesmo aqueles que são implantados podem aprender a língua de sinais e participar da comunidade surda, se assim desejarem, já que “o IC não cura a surdez; ninguém fica impedido de aprender Libras ou deixa de ser surdo por fazê-lo” (PFEIFER, 2015, p. 118).

Aqueles que enunciam a partir de um lugar favorável ao IC entendem que aqueles que não ouvem e podem, a partir do uso da tecnologia, voltar a ouvir ou ouvir pela primeira vez não precisam pertencer à comunidade surda ou aprender língua de sinais para se comunicarem, se essa não for a sua vontade. Ratificam, inclusive que as crianças devem ter assegurado o direito de aprender a linguagem de seus familiares que são, majoritariamente, ouvintes, e que a cirurgia para a colocação do IC tornaria isso possível, não as impedindo de ter contato com surdos usuários de língua de sinais. Por fim, aduzem que aqueles que se opõem aos avanços da medicina o fazem por ignorância ou por interesses políticos.

Por outro lado, os que concebem o IC como uma tentativa de coerção dos surdos e de sua identidade, como Rezende (2012), assimilam que a surdez, vista enquanto deficiência, é um construto da

medicina historicamente aliado a interesses políticos, econômicos e religiosos, sob o imaginário do que se considera semanticamente normal, e tentam homogeneizar aqueles que escapam desse padrão.

Sobre isso, Skliar (2010) menciona que os surdos não devem ser vistos por essa polarização do imaginário social de normal-anormal, mas pelo prisma da diferença que representa uma ruptura, uma posição possível, uma significação política e uma resistência à ideologia e à política do ouvintismo, entendido como representações dos ouvintes sobre a surdez e sobre os surdos, caracterizando-se, principalmente, pela imposição do uso do método oral puro estabelecido como verdade.

Dessa forma, os surdos são vistos como sujeitos dotados de organização social, histórica e valores morais que lhes são próprios, disseminados e promovidos a partir do uso de uma língua que também lhe é própria: a língua de sinais. É por meio dela que eles se organizam enquanto comunidade, o que concede a esse segmento um processo de identificação, de pertencimento a um grupo, suscitando uma ruptura com a posição de sujeito marginalizado, anormal, deficiente e que, por esse motivo, deveria procurar adequar-se à normalidade ouvinte, às práticas corretivas que colocam os surdos em uma condição de submissão onde aqueles que não se adequam ao padrão social exigido são vistos como incapazes.

Nessa conjuntura, o IC é entendido como um instrumento de coerção, uma materialização da hegemonia ouvinte sobre o surdo, uma tentativa de “legitimar um saber clínico sobre o saber linguístico-cultural surdo” (REZENDE, 2010, p. 75), cujo objetivo final seria apagar o surdo, sua língua, sua história e sua identidade.

Isso posto, Rezende (2012) define o IC como

[...] um aparelho que tem o intuito de consertar o ouvido defeituoso dos surdos, trazendo uma possível audição de forma robotizada. Além disso, exige intensa reabilitação fonoaudiológica pós cirurgia, pois é preciso exercícios para perceber e entender os sons. É uma forma de normalização do sujeito surdo (REZENDE, 2012, p. 36).

Blume (2010) reconhece que entre os principais argumentos dos surdos para recusarem o IC está o fato de que eles não se veem como pessoas com deficiência, ao contrário: considerem-se sujeitos pertencentes a uma comunidade linguística. Para eles, o IC denota um resgate às práticas oralistas do século XIX, quando a sociedade, ao optar pelo oralismo puro como única forma de educação dos surdos, aboliu a língua de sinais das escolas e obrigou-os a oralizar.

Deveras, tanto Rezende (2012) quanto Blume (2010) tecem críticas sobre o modo como o discurso sobre o IC é veiculado pela mídia. Aquele afirma que a mídia faz parte da estratégia de normalização, uma vez que só permite a circulação de discursos que valorizam o IC, mostrando apenas casos em que este foi bem-sucedido e permitiu ao implantado a aquisição da linguagem oral. Este, por sua vez, assevera que ao tratar da questão do IC, a mídia opta por utilizar palavras de grande impacto,

tais como *esperança, cura, milagre, descoberta*, entre outras, que em sua visão, criam no espectador uma ideia superestimada sobre o dispositivo.

Se para os defensores do IC, as constantes terapias com fonoaudiólogos e as consultas com outros profissionais de saúde para tratar das questões do implante são concebidas como um detalhe, em virtude do ganho da capacidade de ouvir, para os críticos ao procedimento isso é visto como um constante controle sobre os surdos e seus corpos, visto que este “será sempre um corpo que necessita de reparos, de atualizações, de mapeamentos, de exames clínicos, de acompanhamento e de reabilitação. Será sempre um corpo que precisa ser corrigido” (REZENDE, 2012, p. 78). Em outras palavras, o IC torna a surdez como uma falta de audição, um problema a ser reparado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crianças surdas, filhas de pais ouvintes, devem fazer parte da comunidade surda e aprender a língua de sinais como sua língua materna, ainda que não seja a língua usada por sua família, ou devem ser submetidas à cirurgia para a colocação do IC e, assim, fazer parte do mundo ouvinte? O IC é suficientemente capaz de proporcionar às crianças surdas um desenvolvimento igual ao daquelas que nasceram ouvintes? O IC deve ser considerado um avanço da medicina no combate à surdez ou um aparelho genocida? As respostas a esses questionamentos variam de acordo com a posição discursiva na qual se enuncia.

Como se observou nesta investigação, visto a partir do lugar que compreende a surdez enquanto deficiência, o IC é significado como um dispositivo que proporciona às pessoas surdas uma audição útil e maior possibilidade de perceber os sons e comunicar-se por meio da língua oral. Quando enunciado a partir de um lugar discursivo que compreende a surdez por um aspecto identitário e que, portanto, defende o uso da língua de sinais, o IC é significado como um aparato de normatização dos surdos e instrumento de erradicação da cultura e da identidade surda.

Ante o exposto e entendendo que os enunciados são social e historicamente determinados, e que é no/pelo discurso que a ideologia se materializa, percebe-se o discurso sobre o IC como heterogêneo, abrigando diferentes sujeitos e vozes múltiplas enunciadas a partir de diferentes lugares discursivos, acarretando confrontos e diferentes possibilidades de significação, em meio às relações de força e poder. O discurso sobre o implante coclear funciona, assim, como um instrumento de prática política em que há um confronto de sentidos e uma tentativa de produção de um consenso, um ‘nós’ coletivo, que representaria as aspirações e desejos compartilhados pelos indivíduos que integram a sociedade acerca do surdo e da surdez.

## REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, Pedro Luiz Mangabeira. *Quem ouve bem vive melhor*: um livro para pessoas com problemas de audição e seus familiares. São Paulo: MG, 2008.
- BLUME, Stuart. *The artificial ear*: cochlear implants and the culture of deadness. United States of America: Rutgerspress, 2010.
- IARTES. Instituto de Artes do Brasil. *Em alto e bom som*. São Paulo: Laços, 2015.
- KOZLOWSKI, Lorena. *Implantes cocleares*. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997.
- LOBATO, Lakshmi Eliane Austregesilo. *Desculpe, não ouvi*. São Paulo: Atitude Terra, 2014.
- MUDRY, Albert; MILLS Mara. The early history of the cochlear implant: a retrospective. *Jama Otolaryngology Head Neck Surg*, v. 139, n. 5, may. 2013.
- ORLANDI, Eni Puccinelli (org.). *Discurso e políticas públicas urbanas*: a fabricação do consenso. Campinas: RG, 2010.
- ORLANDI, Eni. P. *Análise de discurso*: princípios e procedimentos. 12. ed. Campinas: Pontes, 2015.
- PFEIFER, Paula. *Novas crônicas da surdez*: epifanias do implante coclear. São Paulo: Plexus, 2015.
- REZENDE, Patrícia Luiza Ferreira. *Implante coclear*: normalização e resistência surda. 1. ed. Curitiba, PR: CRV, 2012.
- YAMADA, Midori Otake; VALLE, Elizabeth Ranier Martind do. *Vivência de mães na trajetória de seus filhos com implante coclear*: fatores afetivos e emocionais. 1. ed. Ribeirão Preto: Book Toy, 2014.

***Title***

Cochlear implant: concept, history and discursive deployments.

***Abstract***

The cochlear implant is an electronic device used as part of therapeutic processes for people with innate or acquired deafness, of the profound sensorineural type, which aims to provide them with access to sound. For some, this device is seen as a technological resource capable of 'healing' or, at least, enabling deaf people a real integration into the mostly hearing society, improving their quality of life; for others, this tool is an instrument of control and regulation, a harmful resource to the deaf community, an attempt to eradicate the deaf, their culture and their language, sign language. In this article we do not intend to defend or criticize the use of this equipment, but to show how it came about, how it works and to investigate the effects of meaning produced on it from these different places. Therefore, in this work, we use the theoretical-methodological contribution of the materialist discourse analysis proposed by Michel Pécheux, in France, and by Eni Orlandi, here in Brazil. From this analytical investment, we perceive the discourse on the cochlear implant as an instrument of political practice in which there is a confrontation of meanings and an attempt to produce a consensus about the deaf and deaf.

***Keywords***

Cochlear Implant; deafness; technology; discourse analysis

---

Recebido em: 22/07/2021.

Aceito em: 01/10/2021.