



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

**PERFIL VOCAL DE PREGADORES DE UMA IGREJA PENTECOSTAL EM
FLORIANÓPOLIS**

GISELE KLAUBERG CRUZ

Florianópolis

2013

GISELE KLAUBERG CRUZ

**PERFIL VOCAL DE PREGADORES DE UMA IGREJA PENTECOSTAL EM
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de Fonoaudiologia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Rita Pimenta Rolim

Área de concentração: Voz

Florianópolis

2013

TERMO DE APROVAÇÃO

Gisele Klauberg Cruz

Perfil Vocal de Pregadores de uma Igreja Pentecostal em Florianópolis

Esta monografia foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 04 novembro 2013.



Prof.ª Dra. Maria Isabel D'Ávila Freitas
Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia
Universidade Federal de Santa Catarina

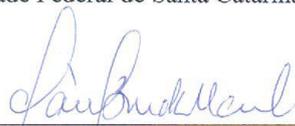
Banca Examinadora:



Prof.ª Dra. Maria Rita Pimenta Rolim
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª Dra. Karina Paiva Vianna
Parecerista
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª Me. Cláudia Cossentino Bruck Marçal
Parecerista
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu Deus, orientador e amigo. “Todas as coisas foram feitas por intermédio dEle; sem Ele, nada do que existe teria sido feito” (Jo 1:3).

AGRADECIMENTOS

A meus pais que conseguiram estar sempre ao meu lado mesmo morando em outra cidade. Nunca deixaram faltar nada, nem um incentivo, nem uma palavra de ânimo nem um ato de amor. Vocês, meus heróis são os grandes vencedores nesta conquista, merecem toda minha dedicação e agradecimento. Acreditaram nos sonhos de Deus para nossas vidas mesmo que isto implicasse em desafios e renúncias. Tenho muito orgulho de vocês e serei para sempre grata.

Agradeço a todos que estiveram presentes em minha trajetória acadêmica. Minha irmã Isabel sempre incentivando e demonstrando seu carinho; todos os meus amigos que estiveram dispostos a ouvir e dividir dificuldades, dúvidas, lágrimas, e alegrias; meus pastores Arony, Junior, Jeanine, Andrey, Juliana e Paulo que durante os quatro anos cuidaram de mim sendo verdadeiros exemplos, incentivadores e instrumentos de Deus na minha vida.

À minha amiga, professora e fonoaudióloga Claudineia Crescêncio, que tem sido fundamental em minha jornada acadêmica desde a escolha da profissão até a conclusão do curso sempre investindo em meu amadurecimento.

À professora dra. Maria Rita Pimenta Rolim, que aceitou orientar meu estudo e compartilhar sua experiência profissional. A todo o corpo docente do curso de Fonoaudiologia da UFSC, que sem empenharam em repassar seus conhecimentos, experiências e acima de tudo, a paixão pela Fonoaudiologia.

Sem vocês tudo teria sido extremamente mais difícil. A todos que contribuíram e que continuam a contribuir para meu crescimento e conhecimento: Muito obrigada!

EPÍGRAFE

“Quem de vocês, por mais que se preocupe, pode acrescentar uma hora que seja à sua vida? Visto que vocês não podem sequer fazer uma coisa tão pequena, por que se preocupar com o restante? Busquem, pois, o Reino de Deus, e essas coisas serão acrescentadas a vocês.”

(Lc 12: 25,26,31)

RESUMO

Introdução: Muitas pessoas utilizam a voz de forma contínua e precisam da mesma para sobrevivência na profissão, estes são chamados profissionais da voz. Os pregadores de igrejas são exemplos disto, destacando-se os pregadores pentecostais que têm se multiplicado pelo mundo todo e em especial no Brasil. Estudos sobre as características vocais destes profissionais concluem que a maioria está exposta a riscos vocais, não possuindo conhecimento sobre o trabalho da Fonoaudiologia no que concerne ao uso correto da voz.

Objetivo: Conhecer o perfil vocal de pregadores de uma igreja pentecostal em Florianópolis.

Metodologia: Foram avaliados 24 pregadores do sexo masculino pertencentes às filiais da igreja Batista Palavra Viva por meio dos protocolos Escala de Sintomas Vocais - ESV, Qualidade de Vida e Voz – QVV e Consenso da Avaliação Perceptivo Auditiva da Voz - CAPE-V. Os dados foram analisados de forma descritiva sendo expostos por meio de tabelas e gráficos.

Resultados: A média dos escores totais do ESV foi de 19,25 variando de 0 a 57. A maioria dos pastores (91,66%) referiram a ocorrência de pelo menos um dos sintomas de alteração vocal. Os sintomas mais assinalados foram: “você tosse ou pigarreja?” (54,16%), “você tem o nariz entupido?” (54,16%), “sua voz é rouca?” (50%) e “sua garganta dói?” (45,83%). NO QVV a média de escores totais foi 82,18 e apenas um pastor sinalizou impacto na qualidade de vida com um escore de 52,50. A alteração mais referida foi “O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo”. Não observaram-se alterações no domínio emocional. Quanto a análise perceptivo auditiva do CAPE-V, os desvios variaram de 3 a 40, sendo classificados em níveis de discreto a moderado. 70,83% dos indivíduos apresentaram algum grau de alteração em pelo menos um parâmetro vocal analisado sendo a rugosidade (50%) a alteração encontrada com maior frequência.

Conclusão: O perfil vocal dos pregadores estudados foi caracterizado por desvios em níveis de discreto a moderado na análise perceptivo auditiva. Os resultados obtidos nos protocolos indicaram que os pregadores não percebem grandes problemas com o impacto da voz na qualidade de vida. A análise descritiva das questões evidenciou necessidades e problemas relacionados ao uso da voz.

PALAVRAS-CHAVE: Voz, Religiosos, Qualidade da voz, Fonoaudiologia

ABSTRACT

Introduction: Many people use the voice continuously and need it for survival in their profession. The preachers of churches are examples of this, especially the Pentecostal preachers that have multiplied around the world and particularly in Brazil. Studies on the vocal characteristics of these professionals conclude that most are exposed to risks vocals, having no knowledge of correct use of voice. **Objective:** To profile the vocal preachers of a Pentecostal church in Florianópolis. **Methods:** We evaluated 24 male preachers belonging to the subsidiaries of Living Word Baptist Church through protocols Symptoms Scale Vocals - ESV, Quality of Life and Voice - QVV and Consensus Auditory Perceptual Evaluation of Voice - CAPE-V. Data were analyzed descriptively being exposed through tables and graphs. **Results:** The mean total scores of the ESV was 19.25 ranging 0-57. 22 pastors (91.66%) reported the occurrence of at least one of the symptoms of vocal. The symptoms reported were: "you coughs or clears his throat?" (54.16%), "you have a stuffy nose?" (54.16%), "his voice is hoarse?" (50%) and "her throat hurt?" (45.83%). In the QVV, the average total scores was 82.18, only a shepherd signaled impact on quality of life with a score of 52.50. The change was further said "The air just quick and accurate breath often as I speak." No changes were observed in the emotional domain. As the perceptual analysis of CAPE-V, deviations ranged from 3 to 40, are classified as mild to moderate levels. 17 (70.83%) subjects had some degree of alteration in at least one parameter being analyzed vocal roughness (50%) found to change more frequently. **Conclusion:** The vocal profile of preachers studied was characterized by deviations in mild to moderate levels of perceptual analysis. The protocol results indicated that the preachers do not realize the major problems with the voice impact on quality of life. The descriptive analysis of the issues highlighted needs and problems related to the use of voice.

KEY WORDS: Voice, Religious, Voice Quality, Speech

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Voice problems at work: a challenge for occupational safety and health arrangement.	22
Tabela 2 – Distribuição das respostas às questões do protocolo ESV.	32
Tabela 3 – Distribuição das respostas às questões do protocolo ESV.	33
Tabela 4 – Distribuição das respostas do protocolo QVV quanto à severidade e frequência de aparecimento.....	38

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pontuação QVV.....	29
Figura 2 – Profissões e uso vocal	30
Figura 3 – Distribuição dos Escores Totais do protocolo ESV	31
Figura 4 – Distribuição dos sintomas mais relatados no domínio físico (ESV).	33
Figura 5 – Distribuição dos sintomas mais relatados no domínio limitação (ESV)	34
Figura 6 – Distribuição da frequência de respostas nos domínios do protocolo ESV.....	36
Figura 7 – Distribuição dos Escores totais do protocolo QVV.....	37
Figura 8 – Distribuição dos sintomas mais relatados no protocolo QVV	40
Figura 9 – Distribuição das alterações na análise perceptiva auditiva da voz.....	422
Figura 10 – Distribuição da porcentagem de parâmetros vocais alterados.	433
Figura 11 – Distribuição quanto ao tipo de ressonância.....	43
Figura 12 – Distribuição quanto ao grau de rugosidade por sujeito.	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASHA – Associação Americana de Fonoaudiologia

CAPE-V – Consenso da Avaliação Perceptivo Auditiva da Voz

CPFA – Coordenação pneumofonoarticulatória

ESV – Escala de Sintomas Vocais

F0 – Frequência Fundamental

ORL – Médico otorrinolaringologista

QVV – Qualidade de Vida e Voz

RGE – Refluxo Gastresofágico

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

USA – United States of America

VoiSS – Vocal Symptom Scale

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivo Geral	13
1.1.1 Objetivos Específicos	13
2 EMBASAMENTO TEÓRICO	14
2.1 Voz.....	14
2.2 Alterações na voz	15
2.3 Avaliação vocal.....	17
2.4 Voz Profissional.....	21
2.5 Pregadores	23
2.6 Pregadores Pentecostais	25
3 METODOLOGIA.....	27
3.1 Análise e tabulação dos dados	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
5.1 Conclusão	Erro! Indicador não definido.
5.2 Considerações finais	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	47
ANEXO 1 – ESCALA DE SINTOMAS VOCAIS – ESV.....	52
ANEXO 2 – PROTOCOLO DA QUALIDADE DE VIDA EM VOZ – QVV	53
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	56

1 INTRODUÇÃO

O corpo humano é uma obra incrível de perfeição e complexidade que jamais poderá ser totalmente compreendida pelo homem quanto ao seu funcionamento e origem. Nesse mesmo contexto tem-se a voz, fenômeno exato e impecável que demonstra nossos sentimentos e desejos enriquecendo a comunicação humana. A voz exerce papel fundamental na vida do homem em sociedade e na sua relação com o mundo (GONÇALVES, 2000; NETO; SILVA; MADEIRA, 2009).

São complexos e variados os fenômenos que envolvem a comunicação oral. Na produção natural da voz, todos os fenômenos e estruturas responsáveis pela emissão vocal funcionam estruturadamente de forma harmônica; ressaltando a importância de um cuidado adequado com a voz, que evite seu uso abusivo e conseqüente comprometimento na qualidade de transmissão (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2008).

Muitas pessoas usam a voz como ferramenta profissional utilizando-a de forma contínua. É comum que tais pessoas, frente ao despreparo para as demandas vocais necessárias, utilizem a voz de maneira incorreta. Isso pode acarretar problemas na saúde do profissional e transtornos ao bom entendimento de sua fala, provocando uma resposta negativa no ouvinte e comprometendo assim suas atividades profissionais (MELO; QUINTANILHA, 2008; SOARES; BRITO, 2006).

A Fonoaudiologia estuda os fenômenos da voz e da fala e cada vez mais tem provado a importância de aperfeiçoamento da expressão oral. Um exemplo de profissionais que usam a voz como ferramenta de trabalho, são os oradores das igrejas, pessoas que pregam a palavra de Deus baseados nos princípios e fundamentos da Bíblia Sagrada. Entre estes, destacam-se os pregadores pentecostais que têm se multiplicado nos dias atuais pelo mundo todo e em especial no Brasil (SPINA; MAUNSELL; SANDALO et al., 2009; SANTOS; CHUN; SERVILHA et al., 2007).

O Brasil é considerado o maior país pentecostal do mundo. Novas igrejas pentecostais surgem constantemente e outras antigas, estabelecidas há mais de 100 anos, estão presentes em praticamente todos os municípios e localidades do país (CABRAL, 2011). Fato que acentua o número de pregadores com uma intensa atuação, pregando várias vezes por semana em condições acústicas que muitas vezes incentivam o abuso vocal. A maioria não tem o conhecimento de como funciona o sistema de fonação e, desta forma, acaba não tomando

nenhuma precaução em relação aos cuidados necessários para a preservação de sua voz (LIMA, 2001).

A preferência vocal utilizada por estes profissionais consiste na emissão de voz ativa caracterizada por elevada intensidade, cantos, gritos abusivos e apelos com grande modulação. Behlau, Feijo, Madazio et al., (2005) referem a ocorrência de desvios como sopro, rouquidão, aspereza e nasalidade nos parâmetros da qualidade vocal destes indivíduos.

Estudos sobre as características vocais de pregadores (NETO; SILVA; MADEIRA et al., 2009; VASCONCELOS; PINO; NASCIMENTO et al., 2009; MELO; QUINTANILHA, 2008; VIOLA, 2007; EUPRHOSINO, 2007) concluem que a maioria está exposta a riscos vocais, não possuindo conhecimento sobre o trabalho da Fonoaudiologia no que concerne ao uso correto da voz. Poucos são os que possuem algum conhecimento nesta área e, menos ainda, fazem uso do mesmo em seu cotidiano. A orientação e treinamento destes profissionais, com relação aos cuidados de saúde vocal, poderiam reduzir a alta prevalência das queixas nesta população. Tais tendências reforçam a necessidade de inserção do fonoaudiólogo na formação dos pregadores e na assessoria no uso da fala e voz profissional garantindo a manutenção de uma voz mais expressiva e saudável.

Neste contexto, idealizou-se esse estudo, visando promover uma pesquisa a respeito de como os pregadores pentecostais têm utilizado sua voz, quais os problemas mais comuns e as reclamações corriqueiras. Além disso, dispõe-se a abrir um caminho para mais estudos semelhantes.

1.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil vocal de pregadores de uma igreja pentecostal em Florianópolis.

1.1.1 Objetivos Específicos

- a) Avaliar de forma perceptivo-auditiva a voz dos pregadores de uma igreja pentecostal em Florianópolis.
- b) Identificar os sintomas característicos de alterações patológicas.
- c) Verificar a qualidade de vida e voz destes profissionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Voz

A voz enriquece a mensagem proferida acrescentando emoção, expressividade e entonação à fala. Exerce um papel essencial na comunicação e relacionamento humano, tornando perceptível o estado de espírito em que a pessoa se encontra (GONÇALVES, 2000). Assim como a fisionomia e impressões digitais dos indivíduos, a voz permite uma identificação do falante (SOARES; BRITO, 2006; NETO; SILVA; MADEIRA et al., 2009).

São diversas as teorias que tentam explicar a produção da voz, sendo a teoria mioelástica-aerodinâmica a mais aceita mundialmente. Esta teoria proposta por Van Den Berg em 1954, citado por Behlau, Azevedo e Pontes (2008), combina uma inter-relação da força elástica dos músculos laríngeos com as forças físicas aerodinâmicas da respiração. De acordo com os autores, a vocalização é realizada pela vibração das pregas vocais, que ocorre pelo fluxo de ar expiratório vindo dos pulmões, passando entre as pregas aproximadas e colocando-as em vibração.

O alongamento e espessura das pregas vocais determinam sua frequência de vibração (BOONE; MACFRLANE, 1994). Conforme abordado por Pinho (2003), o número de vibrações por segundo das pregas vocais em um dado momento, produzindo no ar (meio elástico) zonas de compressão e rarefação (som) corresponde a frequência fundamental (F0) ou tom fundamental. Este som é modificado e amplificado no trato vocal pela faringe, palato mole, língua e pelos lábios, produzindo os sons individuais da fala (STEMPLE; GLAZE; KLABEN, 2010).

Os ajustes motores empregados nesta produção referem-se à articulação. Estes ajustes determinam a qualidade vocal, referente ao conjunto de características de cada voz (BEHLAU; MADAZIO; FEIJÓ et al., 2001). Uma articulação com sons bem definidos indica controle da dinâmica fonoarticulatória e transmite ao ouvinte franqueza, desejo de ser compreendido e clareza de ideias. Já amplificação da voz refere-se ao sistema de ressonância do som, e é classificado em cinco tipos, sendo estes: ressonância equilibrada: apresenta liberdade muscular para modificação dos ajustes fonatórios; ressonância laringofaríngea: há tensionamento e a voz apresenta-se com qualidade vocal comprimida; ressonância faríngea: há uso excessivo da faringe, com característica metálica na voz; ressonância oral: há concentração de energia na cavidade da boca, resultando em sobrearticulação e ressonância

nasal: observa-se o uso excessivo ou uso insuficiente da cavidade nasal (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2008).

A inter-relação das forças expiratórias, mioelásticas da laringe e musculares da articulação resultam na coordenação pneumofonoarticulatória (CPFPA). Uma CPFPA adequada dá-se com essa relação realizada de forma harmônica e equilibrada (MELO; QUINTANILHA, 2008). Quando utilizada corretamente, a respiração proporciona um apoio respiratório mais eficiente para a voz, resultando em uma fala com mais energia e um melhor desempenho vocal (BEHLAU; PONTES, 2009).

Para que na comunicação oral as variadas demandas sociais, profissionais e pessoais sejam respondidas, é necessário que a emissão da voz não apresente fadiga, esforço excessivo nem sinal de deterioração, caracterizando-se como uma produção vocal flexível (ESTIENNE, 2004). Entretanto, é comum a ocorrência de dificuldades na comunicação relacionadas ao impedimento da produção natural da voz. Alterações na mensagem verbal e emocional de um indivíduo podem comprometer a relação social, afetando diretamente sua qualidade de vida (SPINA; MAUNSELL; SANDALO et al., 2009).

2.2 Alterações na voz

Behlau, Azevedo e Pontes (2008) afirmam que não há uma concordância na comunidade científica que defina o conceito de voz normal e voz alterada (disfonia). Ao longo dos anos a busca por esta definição veio se modificando e atualmente pode-se afirmar que tanto a voz normal como a alterada recebem influência do meio a que pertence e a cultura em que vive. Acrescentam ainda que além do processo muscular o indivíduo expressa na voz toda a sua formação psicológica, tornando-se uma das extensões mais fortes da personalidade.

Ao contrário da eufonia (*euphonia* do grego que significa voz agradável) a disfonia seria um som em desarmonia muscular, produzido com dificuldade ou desconforto pelo falante. Behlau e Pontes, 1995 conceituam disfonia como “toda e qualquer dificuldade ou alteração na emissão vocal que impede a produção natural da voz”, sendo considerado um distúrbio da comunicação oral.

A literatura relata diversas classificações etiológicas das disfonias com autores e variações diversas. De forma geral baseiam-se na identificação dos fatores causais das disfonias. Pontes, Behlau e Brasil (2000) consideram a disfonia um sintoma que se apresenta em vários e diferentes distúrbios, ora como sintoma secundário, ora como principal. Portanto,

os autores propõem classificar as disfonias em três grandes categorias etiológicas: disfonias funcionais, disfonias organofuncionais e disfonias orgânicas.

De acordo com Behlau, Azevedo e Pontes (2008), as disfonias funcionais foram organizadas em primárias e secundárias. São consideradas desordens do comportamento vocal e podem apresentar como causa três diferentes aspectos: disfonias funcionais primárias por uso incorreto da voz (ocorrem por dois fatores principais: falta de conhecimento vocal e modelo vocal deficiente); disfonias funcionais secundárias por inaptações vocais (subdividem-se em dois grupos: inaptações anatômicas e inaptações funcionais) e disfonias funcionais por alterações psicogênicas. A reabilitação nas disfonias funcionais depende diretamente do trabalho vocal realizado pelo fonoaudiólogo por serem de base comportamental.

Disfonias Organofuncionais são de base funcional, entretanto com lesões secundárias. É considerada uma etapa posterior na evolução da disfonia funcional, normalmente por um diagnóstico tardio ocasionado pelo próprio paciente ao atrasar a procura de uma solução ou por falta de conhecimento que a lesão poderia desenvolver-se em uma lesão secundária. No tratamento fonoaudiológico o foco é promover a reabsorção da lesão, corrigindo o desvio funcional. É de extrema importância integração entre o médico otorrinolaringologista (ORL) e o fonoaudiólogo (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2008).

As disfonias orgânicas independem do uso da voz e podem ser causadas por vários processos como congênitas, endocrinológicas, neurológicas, traumáticas, inflamatórias e infecciosas, por refluxo gastroesofágico (RGE) e por neoplasia.

O RGE é o fluxo retrógrado do conteúdo gástrico para o esôfago, sendo a doença do refluxo caracterizada pela ocorrência deste fluxo de modo crônico com manifestações esofágicas e extra-esofágicas, podendo acometer os pulmões, a boca e a laringe. Referente às alterações vocais comumente associadas a esse distúrbio, Behlau, Feijo e Pontes (2005) relatam que pode haver presença de rouquidão, pigarro, tosse e queixa de fadiga vocal.

A literatura também refere alergias como a rinite (inflamação da mucosa nasal) sendo fatores de risco para o surgimento de alterações vocais por produzirem edemas na mucosa do trato respiratório, inclusive nas pregas vocais. Vários fatores como poeira, perfumes, alimentos e outros podem desencadear estes agravantes (VASCONCELOS; PINO; NASCIMENTO et al., 2009).

A voz alterada engloba as perturbações dos parâmetros vocais e as alterações cinestésicas. As alterações cinestésicas podem manifestar-se através de desvios na qualidade

da voz, esforço e fadiga na emissão, perda da eficiência vocal, falta de volume e projeção, variações descontroladas da frequência fundamental e sensações desagradáveis à emissão (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2008). Os parâmetros vocais englobam o tipo de voz, sistema de ressonância, pitch, loudness, articulação, velocidade e ritmo, extensão vocal e coordenação pneumofonoarticulatória (BEHLAU; MADAZIO; FEIJÓ; PONTES, 2001).

De acordo com Behlau (2004) a característica considerada primária numa voz patológica é a rouquidão: uma irregularidade de vibração nas pregas vocais. Esta é a manifestação mais comum de alteração no aparelho fonador. A diminuição ou ausência de vibração da onda mucosa provocando uma voz estridente, metálica ou até mesmo irritante (aspereza) também pode ser resultado de maus usos e abusos vocais. Baseado na terminologia moderna internacional o termo utilizado atualmente é rugosidade (*roughness*), contendo os termos rouquidão e aspereza. No entanto também são considerados e discutidos os termos rouquidão e aspereza separadamente (BEHLAU, 2004).

Quando as pregas vocais não produzem uma boa coaptação, originando um escape de ar e ruído de fundo audível, ocorre a soprosidade que caracteriza-se também pela falta de intensidade vocal. Já a voz caracterizada como tensa, é originada pela vibração limitada da mucosa das pregas vocais e tensão exagerada do vestíbulo laríngeo, causando uma voz desagradável. A voz trêmula é caracterizada pelo controle involuntário da frequência e intensidade da voz, ocorrendo variações rítmicas que causam a sensação de instabilidade (BEHLAU; MADAZIO; FEIJÓ et al., 2001).

Diferentes procedimentos são utilizados com o objetivo de conhecer o comportamento vocal de um indivíduo. Essa avaliação contribui para definir a etiologia da alteração vocal, oferecendo dados para um processo de diagnóstico diferencial e investigação das condições do paciente para a reabilitação vocal (BEHLAU; MADAZIO; FEIJÓ et al., 2001).

2.3 Avaliação vocal

Para a avaliação da voz, Oliveira (2004) julga ser importante considerar a demanda vocal e as necessidades particulares de cada indivíduo em relação à voz. Portanto, uma anamnese abrangendo identificação pessoal, queixa e duração, história da disfonia, hábitos inadequados, distúrbios complementares, antecedentes pessoais e familiares e tratamentos anteriores, é considerada item essencial para uma avaliação vocal.

O fundamento da avaliação fonoaudiológica em voz é a avaliação comportamental baseada em medidas de observação clínica. A caracterização da qualidade vocal e quantificação do desvio de voz são realizadas por meio da análise perceptivo-auditiva, considerada a principal análise clínica. Esta análise é essencialmente auditiva e pode ser realizada com diversas estratégias, escalas e protocolos específicos para minimizar a subjetividade envolvida nesse procedimento. Um aspecto importante na avaliação se refere ao efeito que a voz causa no ouvinte, fator denominado "psicodinâmica vocal" (MADAZIO; BEHLAU, 2009).

O protocolo CAPE-V (Consenso da Avaliação Perceptivo Auditiva da Voz) (ANEXO 1), proposto pela Associação Americana de Fonoaudiologia (ASHA) em 2003 é uma forma de avaliação perceptivo-auditiva. Este protocolo avalia seis parâmetros predeterminados, sendo que o grau de desvio de cada um destes é assinalado em uma escala analógica, com base nas amostras vocais obtidas pela emissão de vogais sustentadas, frases específicas e conversação espontânea (KEMPSTER; GERRAT; ABOIT et al., 2009; MENEZES, 2010).

Behlau (2004) apresentou a versão do CAPE-V em português, com adaptação das frases propostas pelo protocolo original (Érica tomou suco de pêra e amora; Sonia sabe sambar sozinha; olha lá o avião azul; agora é hora de acabar; minha mãe namorou um anjo e papai trouxe pipoca quente). A autora também definiu os parâmetros conforme as determinações do consenso, sendo estes: Grau de Severidade Global: impressão da alteração vocal; Rugosidade: irregularidade na fonte sonora; Soprosidade: escape de ar audível na voz; Tensão: excessivo esforço vocal; Pitch (agudo ou grave): correlação perceptiva da frequência fundamental e Loudness (fraco ou forte): correlação perceptiva da intensidade do som.

A avaliação corporal também é um componente considerado essencial para Avaliação vocal. Fornece uma análise da integração corpo-voz do paciente apresentando dados sobre a comunicação não-verbal. Deve-se observar como o paciente mantém a postura corporal durante fala, sendo observados a cintura escapular, face, peito e costas do paciente. Os dados da avaliação corporal devem ser associados aos dados da avaliação das estruturas da fonação analisando se o corpo está livre para acompanhar o discurso, sem rigidez ou movimentos excessivos (BEHLAU; MADAZIO; FEIJÓ ; PONTES, 2001).

Para uma análise mais objetiva da voz, a avaliação acústica clínica foi introduzida no Brasil na década de 1990. Essa avaliação quantifica o sinal sonoro e refere-se a medidas objetivas, computadorizadas, que complementam a análise auditiva e fornecem parâmetros de normalidade e alteração que podem ser comparados durante todo o processo terapêutico

(BEHLAU; MADAZIO; FEIJÓ ; PONTES, 2001). A análise acústica do sinal de fala possibilita a integração de dados fornecidos pela avaliação perceptivo-auditiva com o plano fisiológico.

Também existe a preocupação com a qualidade de vida em pacientes com problemas de voz. Pacientes com disfonia referem limitações e impedimentos físicos, emocionais, sociais ou profissionais devidos à alteração vocal. Apenas os testes auditivos e acústicos não são capazes de indicar a realidade do comprometimento do indivíduo no que diz respeito à sua qualidade de vida (BEHLAU; MADAZIO; FEIJÓ ; PONTES, 2001). A literatura neste assunto é vasta, contudo há poucas informações sobre a influência do sexo, idade e uso vocal profissional na percepção desse impacto (GRILLO; PENTEADO, 2005; GASPARINI; BEHLAU, 2009).

O questionário protocolo de Qualidade de Vida em Voz – QVV (ANEXO 2) é um questionário clínico que vem sendo amplamente utilizado com o objetivo de investigar o impacto de uma disfonia na qualidade de vida do indivíduo. Refere-se a uma adaptação e tradução para o Português, do instrumento (VRQOL – *Voice-Related Quality of Life Measure*), desenvolvido por Hogikyan e Seturaman (1999), que também é tido como um protocolo de auto-avaliação (GASPARINI; BEHLAU, 2009).

É um protocolo de rápido e fácil preenchimento. Possui 10 (dez) questões sobre situações comunicativas que podem prejudicar a qualidade de vida. Seis questões contemplam o domínio físico: “tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos; o ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo; não sei como a voz vai sair quando começo a falar; tenho dificuldades ao telefone (por causa da minha voz); tenho problemas para desenvolver o meu trabalho, minha profissão (pela minha voz) e tenho que repetir o que falo para ser compreendido” e quatro questões contemplam o domínio sócio-emocional: “fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz); fico deprimido (por causa da minha voz); tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz) e evito sair socialmente (por causa da minha voz)”. (GRILLO; PENTEADO, 2005; PUTNOKI; HARA; OLIVEIRA et al., 2010).

Putnoki, Hara e Oliveira et al. (2010) em estudo sobre o impacto da disfonia de acordo com sexo, idade e uso vocal profissional, referem que o uso de protocolos que avaliam qualidade de vida relacionada à voz, como o QVV, pode fornecer a identificação de diferenças na percepção do impacto da alteração de acordo com o gênero, faixa etária e uso vocal profissional.

Outro instrumento mais recente de auto avaliação é o protocolo de Escala de Sintomas Vocais – ESV (ANEXO 3), versão validada para o Brasil da *Voice Symptom Scale – VoiSS*. A VoiSS é um instrumento de auto-avaliação de voz e sintomas vocais para evidenciar respostas clínicas a tratamentos nas disfonias. Esse protocolo foi desenvolvido a partir de informações de mais de 800 pacientes (MORETI; ZAMBON; OLIVEIRA et al., 2011). Atualmente, a VoiSS é considerado o protocolo mais rigoroso para a auto-avaliação vocal, trazendo informações de funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos que um problema de voz pode acarretar na vida do indivíduo.

Após adaptação cultural e linguística, a composição final da tradução da ESV apresenta nove fatores: emocional, funcional, rendimento vocal, secreção, som da voz, sensação na garganta, agradabilidade vocal, instabilidade vocal e voz no canto. O protocolo apresenta 30 (trinta) questões interrogativas. Destas, 15 (quinze) são referentes ao domínio da limitação (funcionalidade), como por exemplo: “Você perde a voz?”; 8 (oito) ao domínio emocional (efeito psicológico), como por exemplo: “Você tem vergonha do seu problema de voz?” e 7 (sete) ao domínio físico (sintomas orgânicos), como por exemplo: “Você tosse ou pigarreja?” (MORETI, 2011).

A atuação fonoaudiológica é eficaz, não apenas frente aos problemas vocais, mas também na prevenção da disфонia mediante detecção de riscos potenciais (SANTOS; CHUN; SERVILHA et al., 2007). Existem profissões que exigem grande demanda vocal. O uso contínuo da voz propicia o aparecimento de sucessivos abusos vocais na conduta destes profissionais. Deste modo, a voz profissional também é contemplada pela Fonoaudiologia como área de atuação (UEDA; SANTOS; OLIVEIRA, 2008).

Nos profissionais da voz, é importante que seja realizada uma avaliação da qualidade vocal *in loco* (durante uso real da emissão). A avaliação de um professor durante uma aula, de um cantor durante uma apresentação, de um pregador durante um culto vão oferecer informações únicas sobre o uso da voz, que podem não ter sido identificadas durante avaliação clínica. Além das questões mais específicas do uso profissional da voz, as questões ambientais como acústica e ventilação das salas e, em particular no teatro, o uso de fumaça cênica ou artística, devem ser avaliados pessoalmente, sempre que possível (BEHLAU; MADAZIO; FEIJÓ et al., 2001).

2.4 Voz Profissional

O indivíduo que faz uso da voz, como ferramenta de trabalho na sua atividade profissional, denomina-se profissional da voz. Podem-se citar como exemplos o cantor, pregador, professor, locutor, jornalista e ator (SOARES; BRITO, 2006). Este profissional depende de uma qualidade vocal específica para aprimorar seu desempenho no mercado tão competitivo. Sendo assim, indica-se a prevenção de alterações vocais e busca pelo aperfeiçoamento da expressão oral (SANTOS; ASSENCIO- FERREIRA, 2001).

A emissão vocal com coordenação pneumofonoarticulatória adequada é uma necessidade do uso profissional da voz, pois transmite ao ouvinte a sensação de estabilidade; e a incoordenação pneumofônica gera compensações que levam à fadiga vocal, podendo também comprometer a inteligibilidade da fala (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2008).

Ferreira, Santos e Lima (2009) ressaltam que no uso da voz profissional a disfonia pode ocorrer como resultado de uma interação de fatores orgânicos, hereditários, comportamentais e ocupacionais. Diversos fatores ambientais como climatização de ambiente, poeira, exposição a produtos de limpeza e ruídos de fundo também podem estar relacionados.

Um fato comum entre os usuários da voz é o diagnóstico tardio de alterações, pois os próprios falantes acham que rouquidão, fadiga vocal, entre outros sintomas, são consequências naturais de quem usa a voz (FERRO; MAYRINK.; AZEVEDO, 1997).

Behlau, Feijó e Madazio et al. (2005) asseguram que o principal problema da voz falada profissional é o fato dos usuários não possuírem o preparo necessário para atender suas demandas. Como nem todo uso profissional da voz requer um ajuste fisiológico específico, geralmente o profissional mantém sua carreira sem nenhum preparo ou orientação vocal, o que pode causar problemas à sua saúde. Apontando na mesma direção, Ueda, Santos e Oliveira (2008) destacam que a maioria dos profissionais da voz não observa os aspectos básicos de higiene referentes à prevenção de abusos vocais; princípios que abrangem diretamente o aparato vocal e cuidados com outras funções que podem intervir indiretamente no trato vocal.

Comportamentos vocais inadequados podem acarretar, além de problemas relacionados à saúde do falante, transtornos ao bom entendimento do discurso por parte do ouvinte (MELO; QUITANILHA, 2008).

Associados ou não à impostação vocal inapropriada existem palavras ou frases que provocam uma resposta negativa no ouvinte, limitando ou até mesmo comprometendo

definitivamente a transmissão do conteúdo desejado. Estes são alguns dos principais fatores que fazem com que um indivíduo seja aceito ou rejeitado em sua fala, os quais foram definidos por Behlau, Feijó e Madazio et al. (2005) como barreiras verbais da comunicação. Segundo os autores essas barreiras são inconscientes e para que haja percepção e correção por parte do falante é preciso que alguém o conscientize disso (BARBOSA; FRIEDMAN, 2007).

O uso inadequado do idioma sem domínio dos princípios básicos da gramática, uso de nomes ofensivos ditos com entonação amigável, uso de palavras sérias ditas em tom irônico, palavras repetidas constantemente, palavras que denotem uma intimidade inexistente entre os interlocutores e uso excessivo de exemplos pessoais são alguns exemplos das barreiras verbais mais frequentes (BEHLAU; FEIJÓ, D; MADAZIO et al., 2005).

Lierde, Dijkmans, Scheffel et al., (2012) realizaram um estudo com 1.152 pessoas em que foram avaliados 832 profissionais da voz e 320 não profissionais da voz com o intuito de verificar a presença, frequência e intensidade da dor durante a fonação, objetivando-se determinar se a presença de dor estava relacionada com o uso e a função desempenhada pelo profissional da voz. Os autores observaram que os sintomas mais relatados foram dores na garganta, cabeça, pescoço, costas, ombro e dor de ouvido, sendo percebidos com maior frequência nos profissionais da voz. Em relação à intensidade, a dor de garganta foi considerada mais intensa no grupo dos profissionais da voz, quando comparados aos não profissionais da voz.

Vilkman (2000) oferece uma classificação das profissões de acordo com a demanda e qualidade vocal exigida:

Tabela 1 – Voice problems at work: a challenge for occupational safety and health arrangement.

Profissão	Qualidade	Demanda
Atores e cantores	Alta	Alta
Jornalistas de rádio e TV	Alta	Moderada
Professores, operadores de telefonia e telemarketing, militares, pregadores e cantores religiosos	Moderada	Alta
Pessoal de bancos, negócios e seguranças, médicos, advogados e enfermeiros.	Moderada	Moderada
Contramestres, soldadores, metalúrgicos.	Baixa	Alta

Fonte: Vilkman (2000)

Entre as vozes profissionais classificadas, encontram-se os pregadores, que de acordo com a autora, apresentam alta demanda vocal, qualidade de voz moderada e exigência relativa de qualidade vocal. Os fatores de risco para a saúde vocal desta população estão associados ao

constante uso da voz com impositação vocal inapropriada; utilizada como meio de persuasão e ênfase da mensagem articulada (LIMA, 2001; VIOLA, 2007).

2.5 Pregadores

Na concepção dos cristãos, os pregadores: aqueles que pregam a palavra de Deus; são mensageiros instituídos por Jesus Cristo para trazerem sua mensagem promovendo a conversão, cura e transformação. Os pregadores cristãos utilizam como referência para suas mensagens a Bíblia Sagrada e dela retiram todos os princípios e a essência do que pregam (HANKO, 2004).

As vertentes da religião cristã ocidental são: o Catolicismo que surgiu aproximadamente no ano 50 depois de Cristo e o Protestantismo que surgiu durante a Reforma Protestante no século XVI. Na igreja católica a celebração realizada para aproximação entre Deus e o fiel denomina-se missa e é presidida por um padre ou bispo. Na igreja protestante a reunião, denominada culto, geralmente é conduzida pelo pastor. Ambas têm a pregação como um dos principais momentos (EUPHROSINO, 2007).

Os pregadores falavam ao ar livre pelo fato de não haver tecnologia para amplificação sonora. Eles precisavam falar o mais alto possível para abranger o maior número de pessoas, principalmente quando as condições acústicas do local não eram boas. Nos dias atuais tem-se amplificação sonora, microfones sensíveis e todo tipo de tecnologia para facilitar o trabalho dos pregadores, mas mesmo assim, por não ter conhecimento, grande parte utiliza impositação vocal inapropriada para enfatizar a mensagem buscando atingir de uma maneira mais profunda seus ouvintes (LIMA, 2001).

Atualmente, a atividade de pregação, de uma forma geral, abrange a evangelização, a visão missionária, o ensino religioso, ofícios casuais (batizados, casamentos, sepultamentos) e programas cristãos no rádio ou TV (MELO; QUINTANILHA, 2008).

Nas igrejas protestantes, o ato de pregar não é atribuição exclusiva do pastor. De acordo com cada igreja, outros membros eclesiásticos como presbíteros, evangelistas, diáconos, missionários e obreiros podem ser considerados escolhidos por Deus para a transmissão da mensagem divina (MENDONÇA, 2008). Da mesma forma, nem todo o pastor prega publicamente (VASCONCELOS; PINO; NASCIMENTO et al., 2009). Em relação ao gênero, a predominância é de líderes e pregadores do sexo masculino, mas a mulher também

tem ocupado um importante papel como líder espiritual no meio religioso (PENTEADO; HONORATO; NASCIMENTO, 2006).

Na Fonoaudiologia, o número de estudos sobre a voz de pastores ainda é modesto. Viola (2007) realizou levantamento sobre a voz dos religiosos, e foi possível observar que a maioria das referências a pastores evangélicos traz informações a respeito de perfil vocal, estilo do discurso e hábitos vocais.

Duarte (1997) considera o pregador como um atleta da voz salientando que o abuso vocal decorrente de horas de pregações realizadas por semana junto com outras atividades pastorais, como ministrar aulas e contar histórias para crianças, resulta no estresse que prejudica o uso da voz. Vasconcelos, Pino, Nascimento et al. (2009) e Vilkman (2000) observam também que o ministério pastoral desenvolve, entre outras funções atividades muito semelhantes às desenvolvidas por um professor; apontando similaridades também quanto à qualidade e demanda vocais exigidas para o desempenho da função

Behlau, Feijó e Madazio et al. (2005) relatam as opções de padrão vocal de profissionais da voz. A preferência vocal utilizada por pregadores durante o discurso eclesialístico consiste na emissão de voz ativa e dinâmica caracterizada por elevada intensidade, cantos, gritos abusivos e apelos com grande modulação. A autora acrescenta a ocorrência de desvios como soprosidade, rouquidão, aspereza e nasalidade nos parâmetros da qualidade vocal destes indivíduos.

Em Lima (2001) e Viola (2007) abordam-se os fatores de risco para a saúde vocal de pregadores que utilizam muito o recurso da voz, expressando emoções e sentimentos gerados pela presença de Deus. Desta forma, muitos acabam gritando para exprimir aquilo que Deus deseja falar através deles. Nestes casos, o aumento excessivo da intensidade vocal é a primeira demonstração da força da energia de convicção. Além disso, percebe-se também aceleração do fluxo verbal com fala rápida e falta de precisão articulatória, o que pode tornar a fala incompreensível. Lima (2001) ainda descreve a intensa atuação dos pastores no Brasil em todas as classes sociais, ressaltando que sua maioria prega várias vezes por semana em condições acústicas diversas que muitas vezes incentivam o abuso vocal.

Behlau, Feijó, Madazio et al. (2005) comentam ainda que apesar dos anos de estudo e dedicação que muitos líderes possuem, são poucas as religiões que oferecem orientação e preparo adequados para o uso da voz profissional; destacando que os pastores no Brasil, não são efetivamente treinados para esta atividade que requer energia para a projeção vocal.

As igrejas protestantes atuais surgiram de dois grandes movimentos: o Protestantismo Histórico que caracteriza igrejas tradicionais como Metodista, Luterana e Presbiteriana e o Movimento Pentecostal que surgiu no início do século passado e caracteriza igrejas como a Assembléia de Deus, Evangelho Quadrangular e Deus é Amor. (MENDONÇA, 2008). A forma de pregar varia de acordo com o movimento ao qual o pregador pertence, afetando assim os traços, psicodinâmica e grau de risco vocal deste profissional. Behlau, Feijó e Madazio et al. (2005) trazem um quadro de vozes preferidas na vida moderna. Segundo a classificação da autora, os pregadores classificados como pregadores de celebração moderna (pentecostais) são os que mais apresentam alterações nos traços da voz e estão sujeitos a um maior risco vocal, quando comparados ao movimento tradicional.

2.6 Pregadores Pentecostais

Ser pentecostal significa, de maneira resumida, acreditar no batismo com o Espírito Santo, através do qual os homens são revestidos de poder e autoridade para conseguir praticar os princípios do evangelho, bem como anunciá-lo para as pessoas que não o conhecem. Esse batismo é diferente do batismo nas águas porque é executado diretamente por Deus sem a necessidade de intermediação de outras pessoas. As pessoas batizadas no Espírito Santo pregam o evangelho com mais poder e autoridade espiritual (CABRAL, 2011)

Na era moderna o pentecostalismo surgiu com a ocorrência do “falar em línguas”, em Topeka, no início do século passado, por volta de 1906. A cura divina, batismo do Espírito Santo, doutrina do pré-milenismo e a chama do “falar em línguas” constituíram as principais marcas deste movimento. O pentecostalismo se instalou definitivamente no Brasil através das igrejas Congregação Cristã do Brasil e Assembléia de Deus. A primeira se instalou em solo brasileiro, em 1910, no bairro paulistano do Brás. A segunda em 1911, em Belém, no Pará. Esse movimento iniciou-se nos Estados Unidos e foi trazido ao Brasil pelo italiano Luís Francescon e os suecos Daniel Berg e Gunnar Vingren que aqui firmaram suas doutrinas e abriram as primeiras igrejas pentecostais em território nacional (SILVA, 2007).

Em estudo referente à expressividade no discurso dos pregadores pentecostais durante o culto, Euphrosino (2007) analisou os recursos expressivos utilizados como meio de persuasão nos principais momentos da reunião. Com este estudo, a autora concluiu que os recursos expressivos vocais empregados por estes pregadores são predominantemente a modulação ascendente, loudness forte e velocidade rápida.

Behlau, Feijó e Madazio et al. (2005) apresentam um quadro com perfil das vozes utilizadas na vida moderna, expondo as principais características da voz: traços, psicodinâmica e grau de risco vocal. Neste quadro, traz-se uma diferença vocal entre pregadores tradicionais e modernos/pentecostais, o qual mostra que os pregadores do movimento tradicional apresentam como traços preferidos: voz de frequência médio-grave, fluida, ressonância equilibrada, registro modal ou de peito, velocidade de fala moderada com tendência para reduzida, modulação repetitiva típica e uso significativo de pausas na fala. Já os pregadores modernos/pentecostais apresentam como traços preferidos: voz de frequência médio-aguda, ressonância equilibrada ou laringofaríngea, registro modal ou de cabeça, qualidade vocal tensa, com grande variação de frequência e intensidade chegando muitas vezes ao grito, velocidade de fala aumentada e pausas curtas.

Em relação às características de psicodinâmica da voz, observa-se que os pregadores tradicionais apresentam uma psicodinâmica vocal que enfatiza a razão, equilíbrio e tranquilidade, enquanto os pentecostais/carismáticos apresentam uma psicodinâmica vocal que ressalta a segurança, confiabilidade, carisma, dinamismo e modernidade. Já no que tange os riscos vocais, observa-se que os tradicionais apresentam um discreto grau de risco vocal, enquanto os pentecostais/carismáticos apresentam grau de risco vocal moderado (BEHLAU; ; FEIJÓ; MADAZIO et al., 2005).

Vasconcelos, Pino, Nascimento et al. (2009), em estudo com 18 pastores que exercem a função de docência, relatam que pastores docentes de seminários pentecostais afirmam ter o hábito de falar muito (90%) e pigarrear (30%), hábitos também observados nos pastores docentes de linha tradicional (62,5% e 30%, respectivamente). Quanto à presença de sintomas vocais, 70% dos pentecostais referiram alguma queixa vocal. Foi ressaltado que de modo geral, os pastores pentecostais relatam mais hábitos prejudiciais para a saúde vocal do que os pastores de linha tradicional.

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi norteada nos princípios éticos estabelecidos na resolução 196/96 do CNS/MS em que preservou-se a identidade do paciente e solicitou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização deste estudo. O projeto referente a esta pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da UFSC com o parecer número 355.459.

Esta pesquisa caracterizou-se pelo delineamento descritivo observacional transversal na qual o pesquisador apenas observou e registrou as informações para posterior análise (ANDRADE, 2012). O estudo observacional transversal é uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, identificação de grupos de risco, intervenção e planejamento em saúde, podendo oferecer valiosas informações para o avanço do conhecimento científico (BASTOS; DUQUIA, 2007).

O estudo foi realizado na igreja Batista Palavra Viva; uma igreja que nasceu em meio ao movimento Pentecostal em Florianópolis, em 1988, e se expandiu para várias regiões do país e até internacionalmente, totalizando mais de 40 igrejas de portas abertas. A reunião de Santa Ceia na igreja sede, localizada em Capoeiras, Florianópolis, chega a reunir mais de mil pessoas. Esta instituição foi escolhida como local alvo desta pesquisa pelo fato de ser reconhecida como uma das maiores igrejas da cidade de Florianópolis, apresentando grande número de fiéis e pastores associados (PALAVRA VIVA, 2013).

A população da presente pesquisa constituiu-se de 24 sujeitos, todos pastores do sexo masculino pertencentes às filiais desta denominação, que exercessem atividade regular de pregação nos cultos, congressos e eventos gerais realizados pela mesma, podendo ser itinerantes ou fixos nas suas respectivas igrejas. Não participaram da pesquisa os pastores que não exerciam a função de pregar, aqueles com menos de dois anos de prática ministerial e pregadores do sexo feminino.

A coleta de dados foi realizada de 22 de julho a cinco de agosto de 2013, na igreja sede, localizada no bairro de Capoeiras, na qual todos os pregadores pertencentes às filiais se encontram para a reunião de líderes. Primeiramente foi agendado com o pastor responsável uma data para que o pesquisador explicasse os objetivos do presente estudo. O pesquisador foi orientado a ir ao local das reuniões semanais em data fixada pelo responsável. Na data da reunião, o pesquisador abordou o público-alvo explanando a importância e os objetivos da pesquisa, ao mesmo tempo em que identificou os critérios de elegibilidade para a mesma. Os

participantes que se enquadraram nos critérios de elegibilidade e aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A).

Na sequência foi aplicado o questionário Escala de Sintomas Vocais, que é um protocolo de auto avaliação com 30 questões interrogativas referentes aos sintomas apresentados pelos pesquisados. O segundo protocolo apresentado aos participantes foi o Qualidade de Vida e Voz, também de auto avaliação, os participantes assinalaram 10 questões em uma escala que classificava o quanto a dificuldade apresentada era um problema em sua vida diária, baseando-se em como sua voz se comportou nas duas últimas semanas. Foram orientados a considerarem tanto a severidade do problema como sua frequência de aparecimento. O terceiro protocolo aplicado para a avaliação perceptivo auditiva das vozes dos participantes foi o CAPE-V. Foram aplicadas as questões um e dois deste protocolo sendo solicitada aos participantes a emissão da vogal /a/ sustentada em tempo de três a cinco segundos e em seguida a produção de seis sentenças de frases balanceadas. A avaliação foi registrada em áudio com o gravador de voz digital Sony Flash Digital ICD-PX312 para posterior análise perceptivo-auditiva das vozes dos participantes.

3.1 Análise e tabulação dos dados

Os dados coletados foram analisados, digitalizados e armazenados em planilha do Microsoft Office Excel (2007) em forma de tabela. Os indivíduos foram identificados por números.

Para análise dos resultados do ESV, os sintomas encontrados foram divididos quanto ao domínio total, funcionalidade (F), emocional (E) e físico (F). Foi utilizada regra de três para cálculo da porcentagem de frequência de respostas em cada domínio, sendo considerado que o escore máximo dos domínios total, funcionalidade, emocional e físico são “120”, “60”, “32” e “28” respectivamente. Escores mais altos indicam maiores alterações. Calculou-se também a porcentagem de respostas nas questões mais referidas nas frequências “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”. As respostas obtidas na frequência “raramente” não foram analisadas levando-se em consideração a regularidade de presença dos sintomas. Priorizaram-se as dificuldades relatadas com maior assiduidade.

Para análise do QVV foi utilizado o cálculo do domínio global (envolvendo todas as questões) sendo utilizada a seguinte expressão, proposta na literatura (HOGIKYN; SETHURAMAN, 1999) (figura 1)

Figura 1 – Pontuação QVV

$$100 - \frac{(Q.1+Q.2+Q.3+Q.4+Q.5+Q.6+Q.7+Q.8+Q.9+Q.10 - 10) \times 100}{40}$$

Fonte: HOGIKYN; SETHURAMAN, 1999

O domínio global do QVV apresenta valores que variam entre zero e cem, sendo considerados piores os valores mais próximos de zero e melhores os mais próximos de cem (BEHLAU; MADAZIO; FEIJÓ et al., 2001). Após o cálculo do domínio global, calculou-se a porcentagem de frequência das respostas de cada questão associada aos sintomas apresentados tanto do domínio emocional (E) quanto físico (F). Foram consideradas a severidade e frequência de aparecimento do sintoma de acordo com a seguinte classificação:

- 1 = não acontece e não é um problema
- 2 = acontece pouco e raramente é um problema
- 3 = acontece às vezes e é um problema moderado
- 4 = acontece muito e quase sempre é um problema
- 5 = acontece sempre e realmente é um problema ruim

Os resultados foram tabulados em planilha do Excel e foram elaborados gráficos para os valores mais frequentes.

A análise perceptivo-auditiva do protocolo CAPE-V foi efetuada pela orientadora especialista em voz e pela pesquisadora principal que avaliaram os seguintes parâmetros: Grau de Severidade Global; Rugosidade; Soprosidade; Tensão; Pitch; Loudness; Ressonância vocal; Articulação e velocidade de fala.

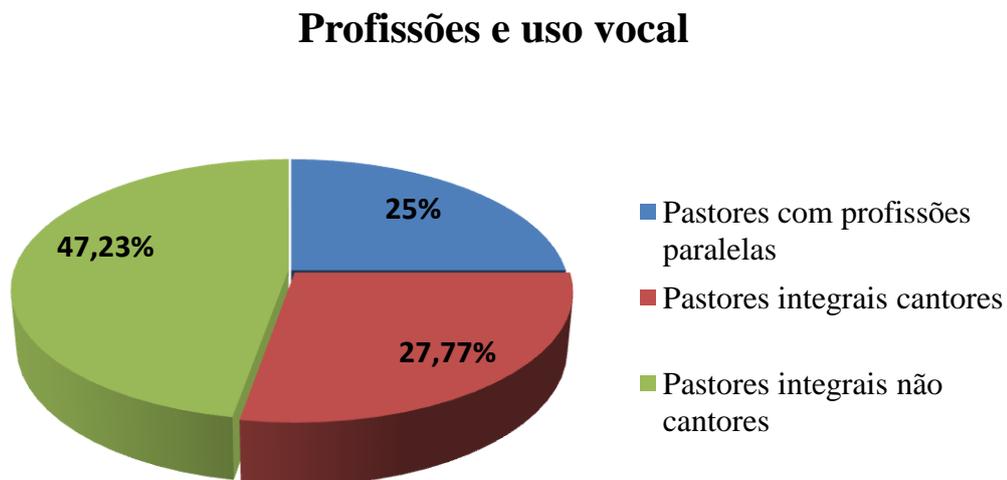
O nível de alteração encontrado em cada sujeito foi assinalado em uma escala analógica variando de 0 a 100, levando-se em consideração a presença ou não da alteração vocal e o nível de discreto a acentuado. Foram separados os sintomas mais frequentes, sendo calculada a porcentagem de ocorrência dos mesmos em relação ao total da população. Os sintomas considerados mais frequentes foram detalhados com uso de gráficos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação aos resultados encontrados nesse estudo constatamos que a idade dos pregadores variou de 34 a 61 anos, com média igual a 47,25 anos, sendo esta semelhante a outros estudos realizados com pregadores. (MUNIZ 2013; MELO; QUINTANILHA, 2008).

Seis (25%) dos pastores avaliados relataram exercer profissões paralelas e 18 (75%) pregadores são considerados pastores integrais, pois exercem apenas a atividade pastoral. Dos 18 pregadores integrais, cinco (27,77%) também são responsáveis pelo ministério de louvor da igreja, em que além da utilização da voz como ferramenta de pregação, precisam utilizá-la também no canto (figura 2). As profissões paralelas relatadas foram: dois sujeitos como professores (8,33%), um publicitário (4,16%), um empresário (4,16%), um representante de vendas (4,16%) e um assessor parlamentar (4,16%).

Figura 2 – Profissões e uso vocal. Florianópolis, 2013.

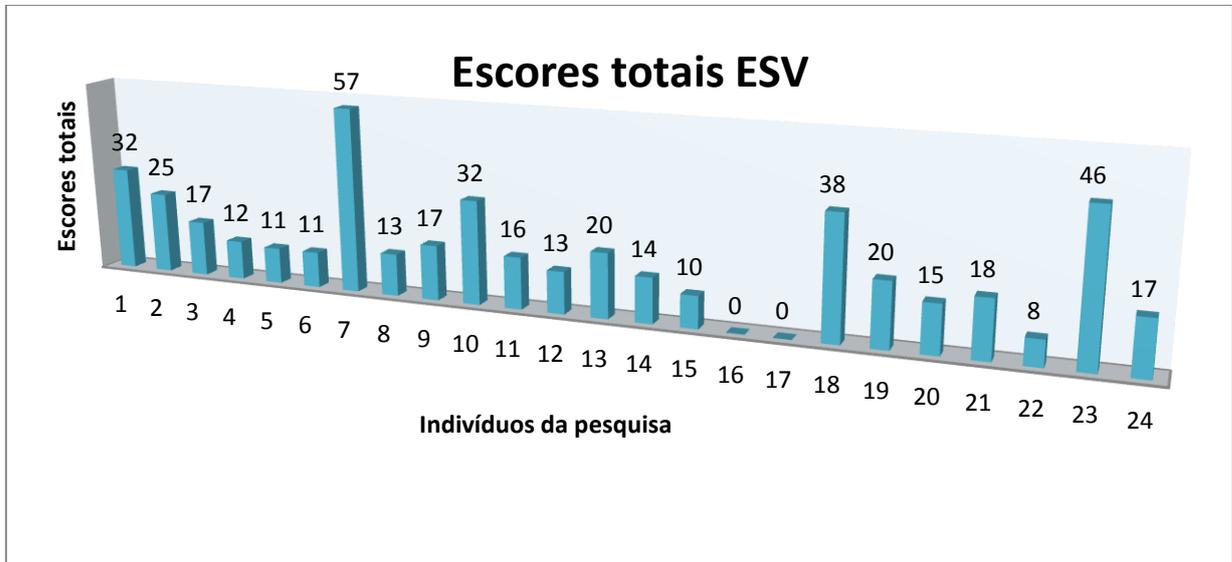


A literatura refere que a atribuição profissional de um pastor não se restringe somente à pregação nos cultos, afirmando que a voz está ativa em todas as atribuições deste profissional. Além disto, a associação a outras profissões paralelas constitui-se um fator de aumento da demanda vocal (NETO; SILVA; MADEIRA, 2009).

Quanto aos dados relacionados ao Protocolo de Escala de Sintomas vocais - ESV, os escores totais encontrados em cada sujeito da pesquisa estão dispostos na figura 3. A média de escores foi de 19,25 variando de 0 a 57. Estes achados sugerem que a alteração vocal não afeta efetivamente a vida da população em questão. Entretanto, 22 pastores (91,66%)

referiram a ocorrência de pelo menos um dos sintomas de alteração vocal nas frequências “as vezes”, “quase sempre” e “sempre”.

Figura 3 – Distribuição dos Escores Totais do protocolo ESV. Florianópolis, 2013.



Pode-se constatar que embora existam sinais de alteração vocal nos pregadores do presente estudo, os indivíduos não percebem impactos em sua qualidade de vida. Estes resultados corroboram com o estudo de Ferro, Mayrink, Azevedo et al. (1997) em que os autores avaliaram o perfil vocal de 70 pastores de igrejas tradicionais e pentecostais. Embora 49 (70%) indivíduos pesquisados apresentassem alteração vocal de grau leve a intenso, salientou-se que 61 (87%) consideraram sua voz satisfatória e não foram capazes de perceber a própria alteração vocal.

Muniz (2013) avaliou 60 indivíduos, sendo 30 pastores (grupo experimental) e 30 homens não profissionais da voz (grupo controle) com o objetivo de investigar sintomas vocais, qualidade vocal e auto referência a desconforto em trato vocal, comparando com os mesmos aspectos de homens não profissionais da voz. Neste estudo, 44 (73,3%) sujeitos declararam estar satisfeitos com a própria voz e nenhum pastor referiu faltar trabalho por questões vocais.

Verdolini e Ramig (2001) realizaram uma revisão de literatura em relação aos fatores de riscos ocupacionais e consequências funcionais de problemas vocais. Foi constatado que aproximadamente 28.000.000 trabalhadores no USA sofrem diariamente com problemas vocais, destacando-se os pregadores religiosos, professores e cantores. Os autores salientaram que os profissionais só percebem o problema quando há grande impacto negativo sobre seu trabalho e qualidade de vida.

Em estudo sobre percepção vocal e qualidade de vida, Kasama e Brasolotto (2007) avaliaram 31 adultos disfônicos com o objetivo de verificar se a interferência da disфония na qualidade de vida relaciona-se à auto percepção vocal do disfônico e à percepção da qualidade da voz destes indivíduos por pessoas da comunidade. Não foi observada relação entre a qualidade de vida do disfônico e a percepção vocal pelos ouvintes. Os autores asseveram que a opinião do indivíduo sobre o impacto da disфония em sua qualidade de vida corresponde à auto percepção vocal, mas não corresponde à opinião dos ouvintes da comunidade. De acordo com Agostinho (2010), a auto percepção vocal está ligada a fatores individuais e pode ser influenciada por fatores biológicos, educacionais e socioeconômicos.

A tabela 2 traz informações referentes ao total de respostas obtidas em cada questão do dos domínios físico (F), limitação de funcionalidade (L) e emocional (E) do protocolo, sendo separadas quanto às frequências “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”.

Tabela 2 – Distribuição das respostas às questões do protocolo ESV. Florianópolis, 2013.
(Continua)

Questões interrogativas	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Você tem dificuldade de chamar a atenção das pessoas? (L)	4	2	0
Você tem dificuldades para cantar? (L)	6	1	1
Sua garganta dói? (F)	10	1	0
Sua voz é rouca? (L)	8	3	1
Quando você conversa em grupo, as pessoas têm dificuldade para ouvi-lo? (L)	4	0	0
Você perde a voz? (L)	6	2	0
Você tosse ou pigarreia? (F)	10	3	0
Sua voz é fraca/baixa? (L)	5	1	0
Você tem dificuldades para falar ao telefone? (L)	0	0	0
Você se sente mal ou deprimido por causa do seu problema de voz? (E)	0	0	0
Você sente alguma coisa parada na garganta? (F)	6	1	0
Você tem nódulos inchados (íngua) no pescoço? (F)	0	0	0
Você se sente constrangido por causa do seu problema de voz? (E)	0	0	0
Você se cansa para falar? (L)	5	0	0
Seu problema de voz deixa você estressado ou nervoso? (E)	0	0	0
Você tem dificuldade para falar em locais barulhentos? (L)	3	2	0
É difícil falar forte (alto) ou gritar? (L)	2	3	0
O seu problema de voz incomoda sua família ou amigos? (E)	3	0	0

Tabela 2 – Respostas das questões do protocolo ESV.

Questões interrogativas	(Conclusão)		
	As vezes	Quase sempre	Sempre
Você tem muita secreção ou pigarro na garganta? (F)	7	1	0
O som da sua voz muda durante o dia? (L)	8	0	0
As pessoas parecem se irritar com sua voz? (E)	2	0	0
Você tem o nariz entupido? (F)	8	4	1
As pessoas perguntam o que você tem na voz? (L)	1	0	0
Sua voz parece rouca e seca? (L)	1	1	0
Você tem que fazer força para falar? (L)	2	2	0
Com que frequência você tem infecções de garganta? (F)	3	1	0
Sua voz falha no meio das frases? (L)	4	1	0
Sua voz faz você se sentir incompetente? (E)	1	0	0
Você tem vergonha do seu problema de voz?(E)	1	0	0
Você se sente solitário por causa do seu problema de voz?(E)	0	0	0

Nota-se que as interrogativas mais assinaladas no protocolo foram referentes ao impacto da alteração vocal na vida dos pregadores nos domínios físico (F) e limitação de funcionalidade (L). Os sintomas mais referidos no domínio físico estão dispostos na Figura 4. E as questões mais assinaladas no domínio limitação estão apresentadas na figura 5.

Figura 4 – Distribuição dos sintomas mais relatados no domínio físico (ESV). Florianópolis, 2013.

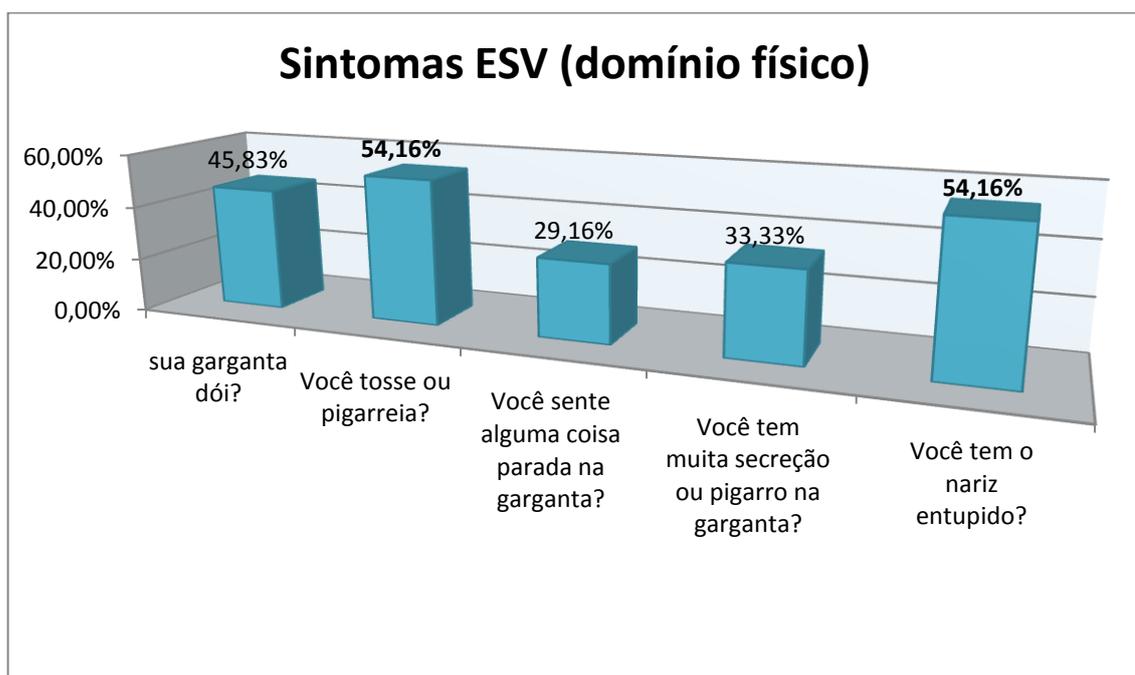
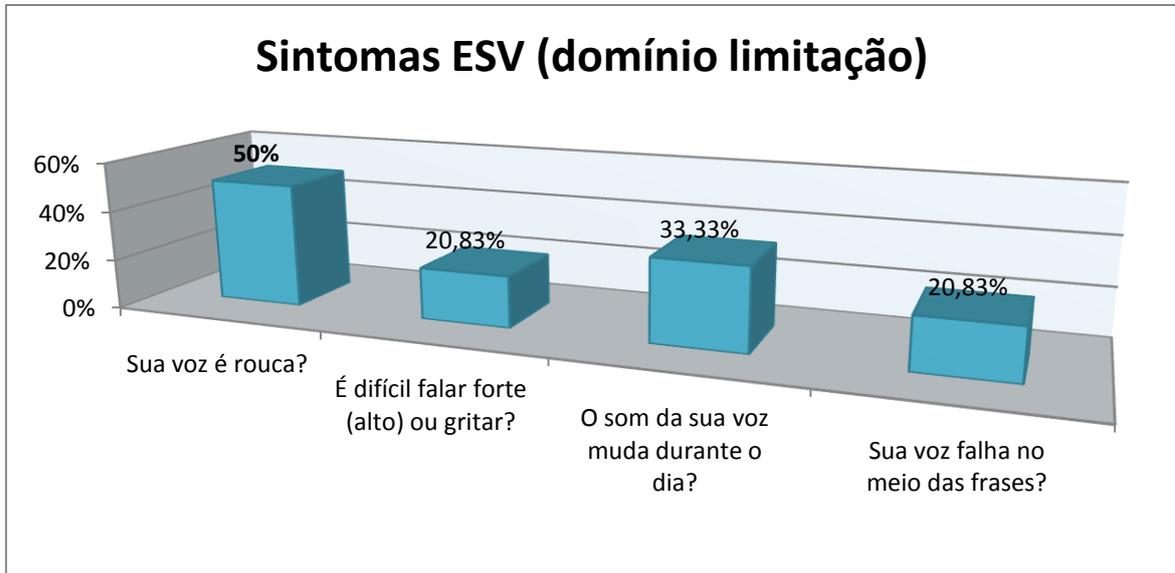


Figura 5 – Distribuição dos sintomas mais relatados no domínio limitação (ESV). Florianópolis, 2013.



Os dados mais encontrados neste estudo corroboram com a literatura, como se pode verificar em outros estudos com pregadores que também sinalizam os sintomas de rouquidão, pigarro, tosse e dor como os mais referidos por estes profissionais. (MUNIZ, 2013; HOCEVAR-BOLTEZAR, 2009; NETO; SILVA; MADEIRA, 2009; MELO; QINTANILHA, 2008; VIOLA; LAURINDO, 2000; FERRO; MAYRINK; AZEVEDO et al., 1997).

Lierde, Dijkmans, Scheffel et al. (2012) verificaram a frequência e a intensidade da dor durante a fonação, considerando sua relação com o uso e a função desempenhada pelo profissional da voz. Os autores observaram a presença de dor de garganta, entre outros sintomas, com mais frequência nos profissionais da voz do que nos não profissionais da voz. O sintoma dor de garganta também foi relatado como o mais intenso no grupo dos profissionais da voz. Estudos mostram que líderes religiosos com queixa de garganta dolorida também relatam problemas de voz após excesso de uso vocal (HOCEVAR-BOLTEZAR, 2009).

Viola e Laurindo (2000) analisaram 78 seminaristas da religião católica, com o intuito de caracterizar o contexto de formação em voz dos pregadores, além de analisar as características de fala e voz destes profissionais. As autoras observaram que 47 (60%) participantes referiram garganta dolorida após atividade vocal.

No estudo de Muniz (2013) foi observado que os pastores referiram mais presença de pigarro, tosse com catarro, ardor na garganta, cansaço e esforço ao falar que os homens não

profissionais da voz. Vale ressaltar que os sintomas vocais mais referidos pelos pastores foram pigarro e rouquidão, sendo apresentados respectivamente em 17 (56,75%) e oito (26,6%) indivíduos.

Neto, Silva, Madeira et al. (2009) analisaram a ocorrência de distúrbios vocais em 56 pastores da Igreja Adventista do Sétimo Dia. Os sintomas mais referidos pelos pastores deste estudo foram o pigarro em 44 (78,5%) indivíduos, rouquidão em 32 (57,1%) e sensação de dor ou irritação na garganta em 29 (51,8%) dos pesquisados. Os autores acrescentaram que em 87% dos pastores que referiram rouquidão (28 pastores), esta possuía caráter episódico, sempre relacionado aos momentos de abuso vocal.

Melo e Quitanilha (2008) avaliaram 12 pastores de igrejas evangélicas, escolhidos devido ao fato de seguirem a linha pentecostal a fim de verificar como estes utilizam a voz durante suas atividades profissionais. Com relação às queixas vocais encontradas, sete (58,3%) relataram rouquidão por mais de dois dias e oito (66,6%) informaram sentir que a voz se modificou desde que começaram as atividades nos cultos.

No estudo de Ferro, Mayrink, Azevedo et al. (1997), 44 (62,5%) pastores referiram sensação de pigarro, 52 (75%) referiram garganta seca com frequência e 22 (32%) ardor na garganta.

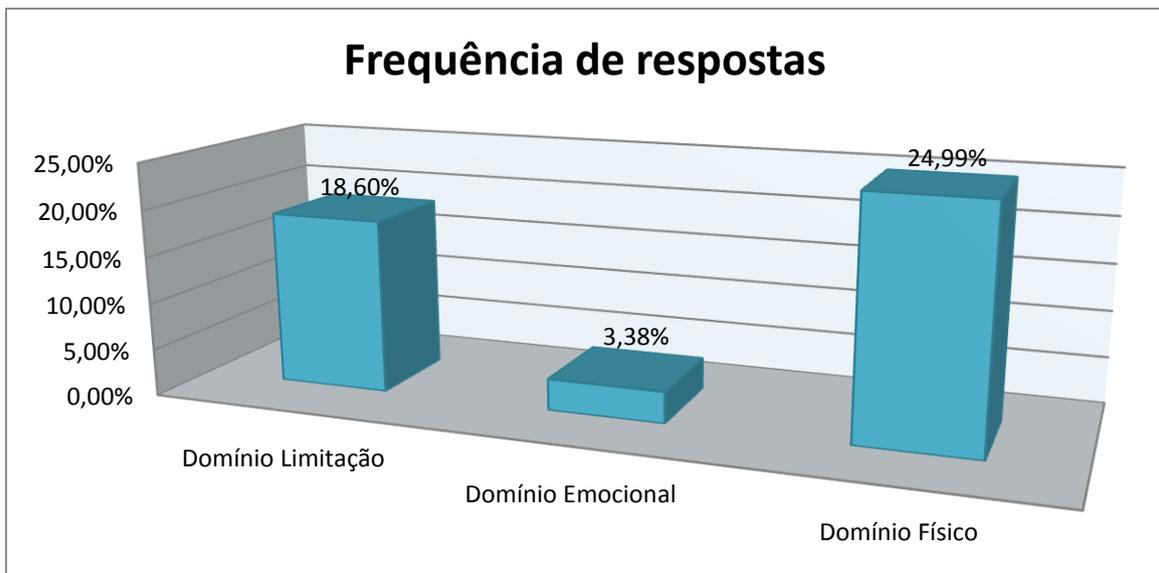
Nota-se que os sinais referidos pelos pastores do presente estudo (rouquidão, tosse e pigarro) abrangem aspectos da sintomatologia clínica referida por Behlau, Feijó e Pontes (2005) para a doença do Refluxo Gastroesofágico (RGE) com manifestações laringofaríngeas. Além disso, alguns pastores da presente pesquisa relataram hábitos alimentares desregrados justificando que quando ocorrem os cultos principais, costumam ficar até tarde sem alimentar-se aconselhando os membros e resolvendo as questões necessárias da igreja. Acrescentaram que como retornam para casa com fome e cansados, alimentam-se e logo vão dormir.

Na literatura há evidências da associação do uso profissional da voz com o RGE. Souza, Costa, Mota et al. (2006) relataram que 100% dos pastores avaliados apresentaram edema de pregas vocais e 84,7% tiveram uma imagem videolaringoscópica sugestiva de doença do refluxo gastroesofágico. Alvez, Araújo, e Neto (2010) indicam que o refluxo laringofaríngeo, é extremamente prevalente nos profissionais da voz, em parte pelo esforço físico decorrente de suas atividades vocais e pelos maus hábitos alimentares desta população. O refluxo laringofaríngeo chega a estar implicado em 70% a 90% das alterações vocais, devendo ser considerado na avaliação e tratamento da voz profissional (ECKLEY; SATALOFF; SILVA, 2002).

Os pastores comentaram que nas crises de rinite, apresentam os sintomas de tosse, pigarro e “nariz entupido” assinalados no ESV. De acordo com Souza, Costa, Mota et al. (2006), estes sintomas podem estar associados a distúrbios alérgicos, digestivos e vocais. Alvez; Araújo e Xavier Neto (2010) analisaram os sintomas mais frequentes de afecções alérgicas observando relação significativa entre presença de disfonia com obstrução nasal e tosse. A literatura relata que nos quadros alérgicos há uma dificuldade para a vibração das pregas vocais, abafando a projeção vocal e exigindo um maior esforço ao falar, sendo um fator predisponente ou agravante para quadros disfônicos. (PENTEADO; PEREIRA, 1999; ORTIZ; COSTA; SPINA, 2004).

Quanto à frequência de respostas nos domínios limitação de funcionalidade, emocional, e sintomas físicos dos pregadores do presente estudo (figura 6), pode-se perceber maior frequência de sintomas no domínio físico e apenas 3,38% de alteração no domínio emocional, sugerindo que a alteração vocal não traz impactos emocionais aos sujeitos pesquisados. SANTOS (2012) aplicou uma tradução e adaptação cultural da VoiSS - Vocal Symptom Scale para o Português em 20 sujeitos com patologia vocal. A autora também encontrou maior frequência de respostas nos domínios físicos e limitação quando comparadas ao domínio emocional.

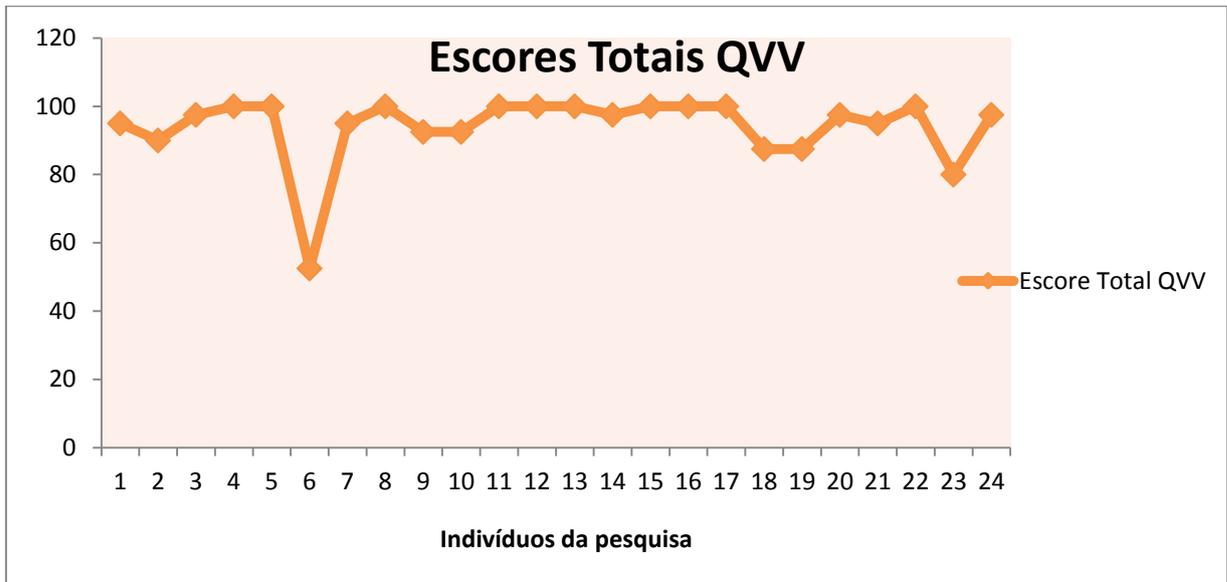
Figura 6 – Distribuição da frequência de respostas nos domínios do protocolo ESV. Florianópolis, 2013.



Estes achados indicam que os religiosos não se deprimem nem deixam de participar de suas atividades em função da sua voz/saúde vocal e pode estar sugerindo pouca percepção destes acerca da relação entre voz, emoções e relacionamentos sociais.

No protocolo Qualidade de Vida e Voz - QVV, os sujeitos pesquisados apresentaram uma média de 82,18 nos escores totais e apenas um pastor sinalizou impacto da alteração vocal em sua qualidade de vida com um escore de 52,50 (figura 7).

Figura 7 – Distribuição dos Escores totais do protocolo QVV. Florianópolis, 2013.



Pode-se perceber que 95,83% dos escores do domínio global estão concentrados nos valores mais elevados da escala (entre 80 e 100), indicando novamente que, em geral, os pregadores avaliados não percebem grandes problemas com o impacto da voz sobre sua qualidade de vida, aspecto apontado também em outros estudos que aplicaram este protocolo em profissionais da voz.

Devido à variedade de funções desenvolvidas pelo pastor evangélico (MELO; QUINTANILHA, 2008), serão utilizados também comparações do uso do QVV com estudos em outros profissionais da voz.

Putnoki, Hara e Oliveira et al. (2010) analisaram 1304 questionários QVV respondidos por brasileiros com queixa vocal, dentre estes, profissionais da voz. O uso vocal profissional foi analisado com base em uma classificação que divide as profissões em níveis de acordo com a demanda e importância da voz no trabalho. Os pregadores encontraram-se no nível II – usuários profissionais da voz. Os indivíduos deste nível apresentaram uma média de 73,25 no domínio total e seus escores foram semelhantes aos dos não profissionais da voz. Os autores salientaram que a percepção dos pregadores e outros profissionais da voz sobre impacto da disfonia na qualidade de vida ocorre da mesma maneira que em profissionais com baixa demanda vocal em suas profissões.

Grillo e Penteadó (2005) aplicaram o QVV em 120 professores para pesquisar a relação voz e qualidade de vida. Os resultados mostraram que, em geral, os professores encontram-se satisfeitos com a qualidade vocal que apresentam. Foi comentado que para que a voz possa causar um impacto negativo na comunicação, é necessário que apresente um grau severo de alteração.

Sabe-se que há similaridades quanto à qualidade e demanda vocais exigidas para o desempenho da função do ministério pastoral e as desenvolvidas por um professor (VASCONCELOS.; PINO; NASCIMENTO et al., 2009; VILKMAN, 2000) o que também nos leva a refletir sobre a capacidade de atenção e de percepção dos pregadores acerca da própria voz e do impacto que as alterações e problemas de saúde vocal possam exercer sobre a qualidade de vida.

Quanto às dificuldades apresentadas, 14 pastores (58,33%) assinalaram pelo menos uma das alterações como sendo um problema em sua vida diária. O total de respostas para cada interrogativa do protocolo está disposto na tabela 2; os problemas foram classificados em físicos (F) e emocionais (E) e as respostas divididas quanto à severidade do problema e sua frequência de aparecimento.

Tabela 3 – Distribuição das respostas do protocolo QVV quanto à severidade e frequência de aparecimento. Florianópolis, 2013.

Possíveis problemas relacionados à voz	O quanto isso é um problema			
	2	3	4	5
Tenho dificuldade em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos (F)	1	1	1	1
O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo (F)	4	5	1	0
Não sei como a minha voz vai sair quando começo a falar (F)	3	0	1	0
Fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz) (E)	0	1	0	0
Fico deprimido (por causa da minha voz) (E)	0	0	0	0
Tenho dificuldades ao telefone (por causa da minha voz) (F)	1	2	0	0
Tenho problemas para desenvolver o meu trabalho, minha profissão (por causa da minha voz) (F)	1	1	1	0
Evito sair socialmente (por causa da minha voz) (E)	0	0	0	0
Tenho que repetir o que falo para ser compreendido (F)	5	1	0	0
Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz) (E)	3	0	0	0

Nota-se que o impacto é mais evidente nos aspectos ligados aos sintomas que fazem parte do domínio físico deste protocolo. Quanto às questões do domínio emocional, apenas um pregador (4,16%) assinalou a questão “Fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)” considerando isto um problema moderado que acontece às vezes; e três (12,5%) referiram terem se tornado menos expansivos por causa da voz, considerando isto algo que acontece pouco e raramente é um problema. Nenhum dos sujeitos fica deprimido ou evita sair socialmente por causa da voz. Estes resultados reforçam a concepção de que a alteração vocal não traz impactos emocionais aos sujeitos da pesquisa.

Na comparação entre as questões do protocolo QVV no estudo de Putnoki, Fabiana e Oliveira et al. (2010), os maiores impactos também ocorreram no domínio físico. Os autores salientaram que o domínio físico indica a percepção do quanto a voz não está funcionando como deveria, seja por problemas na mecânica de sua produção ou por problemas no uso diário da voz.

Spina, Maunsell e Sandalo et al. (2009) aplicaram o protocolo QVV em 101 pacientes disfônicos para relacionar qualidade de vida com grau de disfonia e o uso profissional da voz. Dos pacientes pesquisados, 37 eram profissionais da voz, incluindo pastores religiosos e 64 não faziam uso profissional da voz. O estudo observou alteração com significância estatística apenas no escore físico. Os autores justificaram que este resultado possivelmente correlaciona-se com o fato de que as questões do escore físico são mais fáceis de serem observadas e identificadas pelo paciente, por se tratarem de sensações físicas mais objetivas, enquanto que o escore emocional pode ser dificilmente mensurado se a sensação não está presente no momento da avaliação.

A predominância de alterações no domínio físico também foi apontada no estudo de Tutya; Zambon; Oliveira et al., (2011) que aplicaram o QVV em 46 professores com queixa vocal. Os autores referiram que os professores disfônicos podem ter apresentado pior qualidade de vida no escore físico por ser um domínio que apresenta questões que refletem suas principais dificuldades.

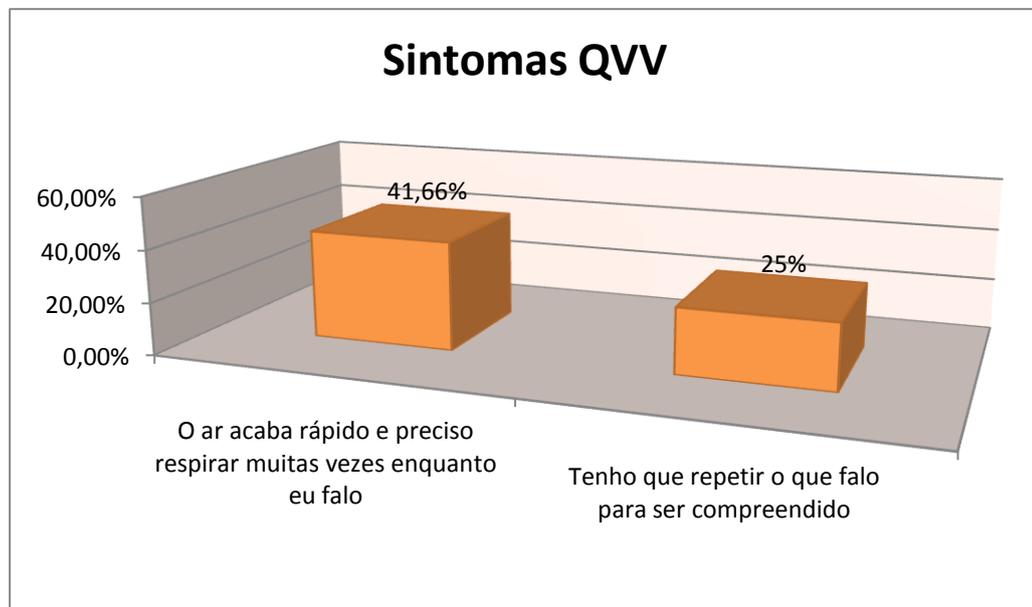
Percebe-se que no presente estudo 21 (85%) pregadores relataram não estar enfrentando problemas no trabalho ou para desenvolver a profissão por causa da voz. Nota-se que o número de indivíduos que identificou problemas no uso da voz (10 pastores = 50%), foi maior do que aquele que reconheceu o impacto da mesma na profissão (3 pastores = 12,5%), discutindo-se como estes profissionais apesar de identificarem algumas dificuldades ou problemas no uso da voz, não as relacionam ao seu trabalho. Esperava-se que os resultados

demonstrassem a disfonia como um agente limitante do bom rendimento profissional em virtude da grande demanda e risco vocal desta população. Entretanto, considera-se a possibilidade de que os pregadores não estejam sensibilizados para a auto análise das sutis variações que a qualidade vocal pode apresentar, levantando-se a hipótese de que provavelmente estes profissionais tenham dificuldade em relacionar os problemas de voz com o seu trabalho e em perceber este impacto na qualidade de vida.

A análise destes resultados indica que assim como sugerido por Grillo e Penteadó (2005) na educação vocal de professores, seja interessante se pensar também na relação voz/trabalho dos pregadores religiosos, bem como a importância da organização de ações coletivas para promoção da saúde vocal que considerem esta relação.

Dentre as questões assinaladas no protocolo, os maiores sintomas considerados um problema na vida diária dos participantes desta pesquisa foram: “O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo” e “tenho que repetir o que falo para ser compreendido” (Figura 8).

Figura 8 – Distribuição dos sintomas mais relatados no protocolo QVV. Florianópolis, 2013.



As dificuldades de o ar acabar rápido e ter que repetir o que fala para ser compreendido podem estar relacionadas a uma falta de coordenação entre respiração e fonação, aspecto mencionado por Melo e Quintanilha (2008) como característica vocal de

alguns pregadores. Os autores encontraram 8 (66,6%) participantes do estudo apresentando coordenação pneumofonoarticulatória de forma inadequada.

A incoordenação pneumofônica pode gerar compensações que levam à fadiga vocal, chegando a comprometer a inteligibilidade da fala (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2008). Lima (2001) e Viola (2007) ainda referem que a aceleração do fluxo verbal com fala rápida e falta de precisão articulatória são características da fala do pregador que podem tornar sua fala incompreensível.

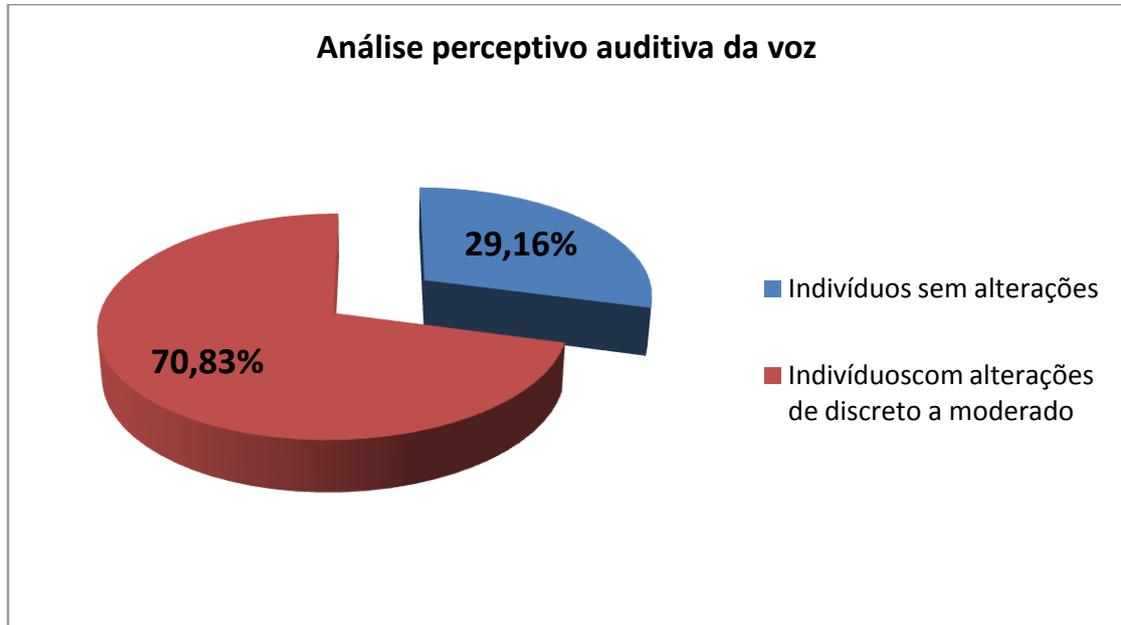
A falta de ar foi observada em estudo com outros profissionais da voz – aproximadamente 30% referiram apresentar este sintoma (SILVÉRIO; GONÇALVEZ; PENTEADO et al., 2008). Algumas alterações relacionadas à dinâmica respiratória podem afetar a qualidade vocal, como suporte respiratório inadequado e alteração de vias aéreas superiores (ORTIZ; COSTA; SPINA et al., 2004). Gianinni, Latorre e Ferreira (2012) ressaltam ainda que estresse também é um fator que pode afetar a respiração e a voz .

O uso adequado da respiração proporciona um apoio respiratório mais eficiente para a voz e um melhor desempenho vocal, refletindo também em tranquilidade e equilíbrio emocional. (BEHLAU; PONTES, 2009). Hein (1998) pesquisou o perfil vocal de padres e seminaristas da igreja católica constatando que muitos profissionais demonstram dificuldades na percepção do processo saúde-doença e falta de conhecimento sobre saúde vocal.

Com relação ao relato de 10 (41,66%) pastores quanto as dificuldades com o controle do ar, aponta-se para a hipótese de que esta população não possui os conhecimentos necessários para o uso profissional da voz tais como suporte respiratório e técnicas de aprimoramento vocal. Ressalta-se a importância de ações educacionais que visem a saúde vocal destes profissionais.

Na avaliação perceptivo-auditiva da emissão da vogal sustentada e produção de sentenças, os desvios encontrados variaram de 3 a 40 de acordo com a escala analógica do protocolo e foram classificados em níveis de discreto a moderado. A figura 9 dispõe a porcentagem de sujeitos apresentando alterações em pelo menos um dos parâmetros avaliados.

Figura 9 – Distribuição das alterações na análise perceptiva auditiva da voz. Florianópolis, 2013.



Embora os níveis de alterações encontrados tenham sido em valores de discreto a moderado, percebe-se que 17 (70,83%) indivíduos apresentaram algum grau de alteração em pelo menos um parâmetro vocal analisado no protocolo, semelhantemente a outras pesquisas realizadas com análise perceptivo auditiva de pregadores e outros profissionais da voz (FERRO; MAYRINK; AZEVEDO et al.,1997; SPINA; MAUNSELL; SANDALO et al., 2009; KOHLE; NEMR, 2004).

No estudo de Ferro et al. (1997), 49 (70%) pastores apresentaram alteração vocal de grau leve a intenso.

Spina, Maunsell, Sandalo et al. (2009) investigaram o grau de disфонia em 101 sujeitos, sendo 37 (36,6%) profissionais da voz, entre estes, pregadores protestantes. Na avaliação perceptivo-auditiva, 8 (7,92%) apresentaram voz normal, 46 (45,5%) disфонia em grau leve, 34(33,7%) disфонia em grau moderado, e 13 (12,9%) disфонia em grau severo.

Kohle e Nemr (2004), em estudo com profissionais da voz apontaram 71% dos avaliados com algum grau de alteração vocal na avaliação perceptivo-auditiva.

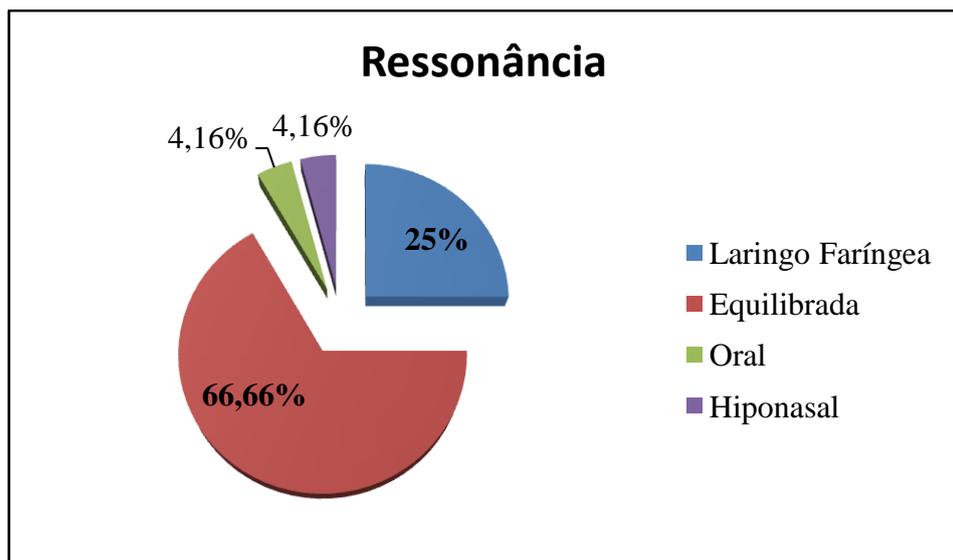
De acordo com os parâmetros estabelecidos no consenso deste protocolo, somente um indivíduo (4,16%) apresentou alteração de Pitch com natureza de desvio para agudo e dois (8,33%) apresentaram desvio de Loudness elevada. Também foram encontradas alterações de tensão e de sopro em dois sujeitos (8,33%) (figura 10).

Figura 10 – Distribuição da porcentagem de parâmetros vocais alterados. Florianópolis, 2013.



Ainda referente à análise perceptivo auditiva, constatou-se oito participantes da pesquisa (33,33%) apresentando alteração de ressonância, sendo que seis (25%) apresentaram ressonância laringo faríngea (Figura 11). Quanto aos demais parâmetros analisados, encontramos alteração de articulação em um pastor (4,16%), um pastor com alteração de ritmo/velocidade (4,16%) e um pastor com tremor na voz sustentada (4,16%). Estas alterações se apresentaram em nível discreto.

Figura 11 – Distribuição quanto ao tipo de ressonância. Florianópolis, 2013.

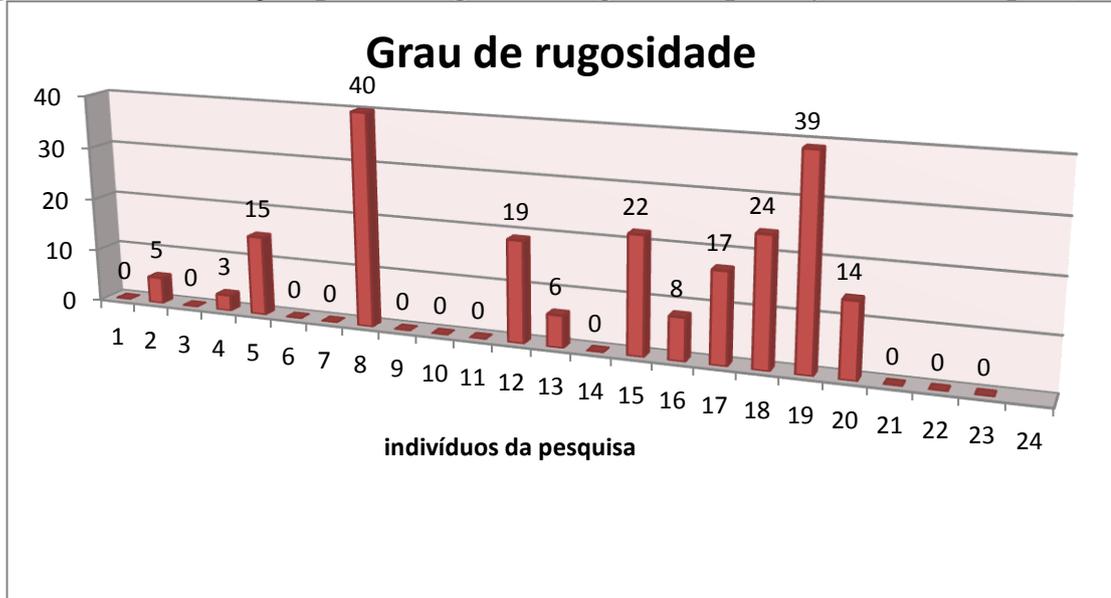


Os achados referentes à ressonância dos pregadores do corrente estudo refletem os mesmo achados de Soares e Brito (2006) em pesquisa com profissionais da voz, em que 48%

dos participantes apresentaram equilíbrio na ressonância, 39% tiveram ressonância laringofaríngea; 9% oral e 4% nasal.

Nota-se que a alteração de parâmetro encontrada com maior frequência foi referente à rugosidade: 12 sujeitos (50%) apresentaram alteração neste parâmetro sendo que o grau de desvio variou de 3 a 39 de acordo com a escala analógica do CAPE-V. (Figura 12)

Figura 12 – Distribuição quanto ao grau de rugosidade por sujeito. Florianópolis, 2013.



Behlau, Feijo e Madazio (2005) apontam que aspectos como rugosidade, tensão, soprosidade e nasalidade são parâmetros que podem ser encontrados na qualidade vocal dos pregadores. Percebe-se ainda em comparação com outros estudos realizados em profissionais da voz (MIDDLETON; HILTON, 2009; CORAZZA, 2004; SOARES; BRITO, 2006), que além da rugosidade, a alteração encontrada com maior frequência é a soprosidade, parâmetro alterado em apenas dois indivíduos (8,33%) da presente pesquisa.

Sugere-se que a baixa frequência de alterações nos parâmetros soprosidade (8,33%) e tensão (4,16%) possam ser explicados pelo sexo da população de estudo da presente pesquisa, ressaltando-se que não foram avaliadas pregadores do sexo feminino. Esta associação leva em consideração os achados de Madazio e Behlau (2009), que realizaram análise perceptivo auditiva das vozes de 196 de indivíduos adultos com e sem alteração vocal. As autoras constataram que a rugosidade caracterizou o desvio vocal das vozes masculinas (68,3%), enquanto as vozes femininas apresentaram soprosidade (71,9%) e tensão (67,4%).

Middleton e Hilton (2009) analisaram a gravação de pregação de seis mulheres pastoras evangélicas, e classificaram a qualidade vocal dessas participantes. Rugosidade e

soprosidade foram observadas em todas as vozes analisadas. Esses desvios foram associados a comportamentos vocais abusivos observados nas pastoras.

A presença de rouquidão é relatada na literatura tanto em profissionais da voz (LEITE ASSUMPCÃO; CAMPIOTTO et al., 2004) quanto na população em geral (FERREIRA; SANTOS; LIMA et al., 2009). Melo e Quintanilha (2008) avaliaram doze pastores de igrejas Pentecostais do Distrito Federal com o objetivo de verificar como estes utilizam a voz durante as suas atividades profissionais e dentre as alterações pesquisadas, a maior alteração encontrada foi a rugosidade (58,3%).

. Um recente estudo de caso controle sobre a voz de professores (GIANNINI; LATORRE; FERREIRA, 2012) apontou a associação entre o distúrbio de voz e estresse no trabalho docente, sendo constatada alta incidência de rouquidão e perda de voz.

Os pregadores avaliados no presente estudo relataram a presença de estresse e cansaço relacionados aos problemas corriqueiros da igreja. Também comentaram que percebem a associação destes fatores interferindo na qualidade de suas vozes. Esta correlação também foi apontada por Muniz (2013), que afirma ser possível observar uma sobrecarga em todo o contexto biopsicossocial em que o pastor está inserido. A autora associa o excesso de horas de trabalho, acúmulo de funções, relacionamentos sociais e as questões emocionais ao aparecimento de abusos, fadiga e possíveis traumas mecânicos nas pregas vocais que podem trazer como consequência o aparecimento de disfonias. Pode-se considerar o estresse como mais um fator agravante de alterações vocais na população estudada.

Diante dos resultados obtidos, acredita-se que as alterações constatadas nestes indivíduos possam ser decorrentes de um uso incorreto da voz e falta de conhecimento das regras básicas de saúde vocal. Deste modo, sugere-se a realização de estudos que realizem avaliação *in loco* de pregadores pentecostais detectando se há ocorrência e quais são os abusos realizados durante o uso vocal profissional. Além disso, sugere-se a implantação de ações de promoção de saúde e aperfeiçoamento vocal voltadas especificamente a estes profissionais.

5 CONCLUSÃO

O perfil vocal dos pregadores estudados foi caracterizado por desvios de grau leve em níveis de discreto a moderado na análise perceptivo auditiva. Sendo que 75% da população apresentou alteração em pelo menos um parâmetro vocal analisado, sendo mais observada a presença de rugosidade.

Os resultados obtidos nos protocolos indicaram que, em geral, os pregadores não percebem grandes problemas com o impacto da voz sobre sua qualidade de vida. Apesar disso, a análise descritiva das questões dos protocolos ESV e QVV evidenciou necessidades e problemas relacionados ao uso da voz. Os principais sintomas foram percebidos no domínio físico, destacando-se as queixas de voz rouca, pigarro, dor de garganta, nariz entupido, e incoordenação pneumofonoarticulatória.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, M. R. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre. **Rev bras. Med. Fam. e Comun.**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010.
- ALVES, L. P.; ARAUJO, L. T. R.; NETO, J. A. Prevalência de queixas vocais e estudo de fatores associados em uma amostra de professores de ensino fundamental em Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, 2010.
- ANDRADE C. R. F. **TCC em Fonoaudiologia** - Tenha Sucesso nesse grande desafio. São Paulo: Pró-fono , 88p.
- BARBOSA, R. A.; FRIEDMAN, S. Emoção: efeitos sobre a voz e a fala na situação em público. **Distúrb Comun.** São Paulo, 19(3): p.325-36, 2007.
- BASTOS João Luiz Dornelles, DUQUIA Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. Porto Alegre: **Scientia Medica**, v.17, n.4, p. 229-232, 2007.
- BEHLAU, M. S.; PONTES, P. **Avaliação e Tratamento das disfonias**. São Paulo: Lovise, 1995, 312 p.
- BEHLAU, M.S.; MADAZIO, G; FEIJÓ, D.; PONTES, P. Avaliação da voz. In: Behlau M, organizadora. **Voz: o livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter; . v. 1, 2001, 348p.
- BEHLAU Mara Suzana. Consensus Auditory- Perceptual Evaluation of voice (CAPE-V). **Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia**. São Paulo, 9 (3): p.187-9, 2004.
- BEHLAU, M.S.; FEIJÓ, D.; MADAZIO, G. REHDER, M.I.; AZEVEDO, R. et al. Voz profissional: Aspectos Gerais e Atuação Fonoaudiológica. In: BEHLAU, M. S. **Voz: o livro do especialista**: Rio de Janeiro: Revinter, v. 2, 2005, 574p.
- BEHLAU, M.S.; FEIJÓ, D.; PONTES, P. Disfonias por Refluxo Gastroesofágico. In: BEHLAU, M. S. **Voz: o livro do especialista**: Rio de Janeiro: Revinter, v. 2, 2005, 574p.
- BEHLAU, M.S.; AZEVEDO, R.; PONTES, P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: BEHLAU, Mara (Org.). **Voz - O livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter, v.1, 2008, 348p.
- BEHLAU, M. S.; PONTES, P. **Higiene Vocal - Cuidando da Voz**. 4 ed. Rio de Janeiro : Revinter, 2009, 85p.
- BOONE, D.; MCFARLANE, S. **A voz e a terapia vocal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, 300p.
- CABRAL, E. Movimento Pentecostal - As Doutrinas da Nossa Fé - Lição 03. Rio de Janeiro: **CPAD**, 2011.

CORAZZA, V.R. Correlação entre os achados estroboscópicos, perceptivo - auditivos e acústicos em adultos sem queixa vocal. **Rev. Bras Otorrinolaringol.** V.70, n.1, 30-4, jan./fev. 2004

DUARTE, N. Mitos e crendices da voz. **Revista Administração Eclesiástica.** Juerp, vol 14, 1 (53):32-5, 1997.

ECKLEY, C. A.; SATALOFF, R. T.; SILVA, M. A. A. Voz profissional. In: CAMPOS, C. A. H.; COSTA, H. O. O. **Tratado de Otorrinolaringologia.** São Paulo: Roca, 2002, 1147p.

ESTIENNE, F. **Voz falada, voz cantada** – Avaliação e terapia. Rio de Janeiro: Revinter, 2004, 181p.

EUPRHOSINO, L. M. D. **A expressividade no discurso dos pastores evangélicos pentecostais durante o culto.** [Dissertação]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 2007.

FERREIRA, L. P.; SANTOS, J. G.; LIMA, M. F. B. Sintoma vocal e sua provável causa: levantamento de dados em uma população, **DEVAC**, v. 11, n. 1, p110-118, 2009.

FERRO, G.; MAYRINK, L.; AZEVEDO, R. e BEHLAU, M.S. **Perfil vocal dos pastores evangélicos das igrejas batista, unida, universal e presbiteriana.** [Monografia-Especialização em voz]. - Centro de Estudos da voz. São Paulo, 1997.

GASPARINI, G.; BEHLAU M.S. Quality of life: validation of the Brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. São Paulo: **J Voice**, 23(1): p.76-81, 2009.

GIANNINI, S. P. P.; LATORRE, M. R. D. O.; FERREIRA, L. P. Distúrbio de voz e estresse no trabalho docente: um estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, 28 (11): 2115-2124, 2012.

GONÇALVES, N. **A importância do falar bem.** São Paulo: Lovise, 2000, 132p.

GRILLO, M. H. M. M.; PENTEADO, R.Z.; Impacto da voz na qualidade de vida de professore(a)s do ensino fundamental. Barueri/SP: **Pró-Fono R. Atual. Cient**, v.17, n.3 2005.

HANKO, R. *Doctrine According to Godliness: A Primer of Reformed Doctrine.* Washington: Reformed Free Pub. **Association**, 2004.

HEIN R. **Perfil vocal de padres e seminaristas da Igreja Católica** [monografia]. São Paulo: Centro de Estudos da Voz; 1998.

HOCEVAR-BOLTEZAR, I. Prevalence and risk factors for voice problems in priests. Wien **Klien Wochenschr**, 121, p. 276 – 281, 2009.

HOGIKYAN, N. D.; SETHURAMAN, G. Validation of an instrument to measure Voice - Related Quality of Life (VRQOL). New York: **J. Voice**, v.13, n.4, p.557-569, 1999.

KASAMA, S. T.; BRASALOTTO, A. G. Percepção vocal e qualidade de vida. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 19, n. 1, p. 19-28, 2007.

KEMPSTER, G.; GERRAT, B.; ABBOTT, K.; HILLMAN, R. **Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice**: Development of a standardized clinical protocol. *American Journal of Speech-Language Pathology*, v.18, p.124-132, 2009.

KOHLER, J.; NEMR, K. Ação de proteção de saúde vocal: perfil da população e correlação entre auto-avaliação vocal, queixas e avaliação fonoaudiológica perceptivo-auditiva e acústica. **Distúrbios da Comunicação**, v.16, n. 3, p. 331-341, 2004.

LEITE G. C. A.; ASSUMPCÃO R.; CAMPIOTTO A. R.; ANDRADA, M.A. O canto nas igrejas: o estudo do uso vocal dos coralistas e não-coralistas. **Ver Dist Comum**. V. 16, n.2, p. 229-39, 2004.

LIERDE, K. M. V.; DIJCKMANS, J.; SCHEFFEL, L.; BEHLAU, M. Type and severity of pain during phonation in professional voice users and nonvocal professionals. **J Voice** v.26, n.5, 2012.

LIMA, B. M. **A Voz do pastor Evangélico** - Um estudo Comparativo. 2001. 49p. [Monografia de Conclusão do Curso - Especialização em Voz]. – CEFAC, Rio de Janeiro, 2001.

MADAZIO, G.; BEHLAU, M. S. Diagrama de desvio fonatório na clínica vocal. Salvador: **17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia**, 2009.

MELO, C. C. L., QUITANILHA, J. K. C. Análise vocal de pastores de igrejas evangélicas. Brasília: **Uniplan**, 19(1): p.35-42, 2008.

MENDONÇA A.G. **O celeste porvir**: a inserção do protestantismo no Brasil. São Paulo: Ed. USP, 2008, 372p.

MENEZES, M. H. M. **Análise perceptivo-auditiva e acústica da voz relacionada ao tempo de execução do exercício de vibração sonorizada de língua em mulheres com nódulos vocais**. [Tese Doutorado em Otorrinolaringologia] - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

MIDDLETON, .L.; HINTON, V.A. A preliminary investigation of the vocal behaviors and characteristics of female pastors. **J Voice**, 23 (5): 594-602, 2009.

MORETI Felipe. **Validação da versão brasileira da Voice Symptom Scale – VoiSS** [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011.

MORETI Felipe, ZAMBON Fabiana, OLIVEIRA Gisele, BEHLAU Mara. Equivalência cultural da versão Brasileira da Voice Symptom Scale: VoiSS. São Paulo: **J. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, v.23, n.4, 2011.

MUNIZ, P. N. M. **Pastores evangélicos**: sintomas vocais e laringofaríngeos, qualidade vocal e perfil de participação em atividades vocais. 2013. [Dissertação Mestrado] - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 2013.

NETO, F. X. P.; SILVA, I.P.C.; MADEIRA A.V.; MENZES C.R.T.; RODRIGUES L.G., et al. Analysis of the Vocal Health of the Preachers of the Seventh - Day Adventist Churches. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.*, v.13 n.4, p. 407-412, 2009.

OLIVEIRA I, Bittante. **Avaliação Fonoaudiológica da Voz: Reflexões sobre Conduitas, com Enfoques na Voz Profissional.** In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004, 830p.

ORTIZ, E.; COSTA, E. A.; SPINA, A. L. CRESPO, A. N. Proposta de modelo de atendimento multidisciplinar para disfonas relacionadas ao trabalho: estudo preliminar. **Rev. Bras Otorrinolaringol**, v. 70, n.5, p. 590-596, 2004.

PALAVRA VIVA. Nossa história: **Igreja Palavra Viva do Brasil para as nações.** Disponível em: <<http://www.clicpalavraviva.com.br>>. Acesso em: 25 julho 2013.

PENTEADO, R. Z.; PEREIRA, I. M. T. A voz do professor: relações entre trabalho, saúde e qualidade de vida. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, n. 95/96, v. 25, p. 109-130, 1999.

PENTEADO, R. Z.; HONORATO, F. G.; NASCIMENTO, J. S. Mulher Pastora: questões de gênero e condições de uso da voz no meio religioso. **Dist Comum**, 18 (3), p. 325-353, 2006.

PINHO, S. M. R. **Fundamentos em fonoaudiologia: tratando os distúrbios da voz.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003 150p.

PONTES, P.; BEHLAU, M.; BRASIL, O. Minor structural alterations of the larynx: na attempt of classification. **6th International Symposium of Phonosurgeons. Anais.** Veneza, 2000.

PUTNOKI, D. S.; HARA, F.; OLIVEIRA G.; BEHLAU, M. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com gênero, idade e uso vocal profissional. São Paulo: **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, v.15, n.4, 2010.

SANTOS, F. M. R.; ASSENCIO- FERREIRA, V. J. Técnicas fonoarticulatórias para o profissional da voz. São Paulo: **Rev. CEFAC**, p.53-64, 2001.

SANTOS, L.; CHUN, R.; SERVILHA, E.; SANCHES, M. Promoção da saúde em jornalismo: o conhecimento do aluno de jornalismo sobre sua voz. São Paulo: **Distúrb Comun**, 19(1): p.73-80, 2007.

SANTOS, A. R. S. **Contributo para a Tradução e adaptação cultural da voiSS- Vocal symptom scale para o português europeu.** [dissertação]. -Universidade Fernando Pessoa. Escola superior de saúde. Porto, 2012.

SILVA F. J. C. Pentecostalismo e Pós-Pentecostalismo. Rio de Grande do Norte: **Revv. Inter-Legere**, 2007.

SILVERIO K. C. A.; GONÇALVEZ, C. G. O.; PENTEADO, R. Z., VIEIRA, T. P. G., LIBARDI, A., ROSSI, D.. Ações em saúde vocal: proposta de melhoria do perfil vocal de professores. **Pró fono Rev. de atualização Científica.**, V. 20, n3, p. 177-82, 2008.

SOARES, E.B.; BRITO, C. M. C. P. Perfil vocal do guia de turismo. São Paulo: **CEFAC**, 8(4): p.501-8, 2006.

SOUZA, C. M.; COSTA, G. D. A, MOTA, L. A. A.; OLIVEIRA, S. M. A. Correlação entre a avaliação fonoaudiológica e otorrinolaringológica dos pastores adventistas do sétimo dia de Pernambuco. Bahia: **SBFa**, 2006.

SPINA, A. L.; MAUNSELL, R.; SANDALO, K.; GUSMÃO, R.; CRESPO, A. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. São Paulo: **Bras. Otorrinolaringol.**, 75(2): p.275-9, 2009.

STEMPLE, J.C.; GLAZE, L.; KLABEN, B. **Clinical voice pathology**: theory and management. San Diego: Plural Publishing, 4. ed, 2010 164p.

TUTYA, A. S; ZAMBON, F.; OLIVEIRA, G.; BEHLAU, M.S. et al . Comparação dos escores dos protocolos QVV, IDV e PPAV em professores. São Paulo: **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, v. 16, n. 3, 2011

UEDA, K.H.; SANTOS, L.Z.; OLIVEIRA, I.B. 25 anos de cuidados com a voz profissional: avaliando ações. São Paulo: **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.10, n.4, 2008.

VASCONCELOS, J. M.; PINO, T. K. S.; NASCIMENTO, M. S. R.; MEDVED, D. M. Hábitos vocais dos pastores docentes Recife. São Paulo: **ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia**, 2009.

VERDOLINI, K.; RAMIG, L. O. Review: Occupational risks for voice problems. **LogPhon Vocol**, v. 26, n. 37-46, 2001

VILKMAN, E. Voice Problems at Work: A Challenge for Occupational Safety and Health Arrangement. **Folia Phoniatr Logop**, 2000.

VIOLA, I. C., LAURINDO, S. C. S. Características de fala e voz de seminaristas: estudo descritivo. In: FERREIRA, L. P.; COSTA, H. O. In: **Voz ativa**: falando sobre o profissional da voz. São Paulo: Roca, 2000, 227p.

VIOLA I. C. A voz do Religioso. São Paulo: **PUC**, 2007.

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA DE SINTOMAS VOCAIS – ESV (MORETI; ZAMBON; OLIVEIRA; BEHLAU, 2011)

Escala de Sintomas Vocais – ESV



Nome: _____ Data: _____

Por favor, circule uma opção de resposta para cada pergunta. Por favor, não deixe nenhuma resposta em branco.

1.	Você tem dificuldade de chamar a atenção das pessoas?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
2.	Você tem dificuldades para cantar?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
3.	Sua garganta dói?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
4.	Sua voz é rouca?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
5.	Quando você conversa em grupo, as pessoas têm dificuldade para ouvi-lo?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
6.	Você perde a voz?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
7.	Você tosse ou pigarreja?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
8.	Sua voz é fraca/baixa?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
9.	Você tem dificuldades para falar ao telefone?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
10.	Você se sente mal ou deprimido por causa do seu problema de voz?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
11.	Você sente alguma coisa parada na garganta?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
12.	Você tem nódulos inchados (íngua) no pescoço?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
13.	Você se sente constrangido por causa do seu problema de voz?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
14.	Você se cansa para falar?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
15.	Seu problema de voz deixa você estressado ou nervoso?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
16.	Você tem dificuldade para falar em locais barulhentos?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
17.	É difícil falar forte (alto) ou gritar?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
18.	O seu problema de voz incomoda sua família ou amigos?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
19.	Você tem muita secreção ou pigarro na garganta?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
20.	O som da sua voz muda durante o dia?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
21.	As pessoas parecem se irritar com sua voz?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
22.	Você tem o nariz entupido?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
23.	As pessoas perguntam o que você tem na voz?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
24.	Sua voz parece rouca e seca?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
25.	Você tem que fazer força para falar?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
26.	Com que frequência você tem infecções de garganta?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
27.	Sua voz falha no meio das frases?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
28.	Sua voz faz você se sentir incompetente?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
29.	Você tem vergonha do seu problema de voz?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
30.	Você se sente solitário por causa do seu problema de voz?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

Cada questão é pontuada de 0 a 4, para nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre.

Total ESV: indica o nível geral da alteração de voz (máximo 120) = _____

Subescalas:

- Limitação: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 14, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 27 (máximo 60) = _____

- Emocional: 10, 13, 15, 18, 21, 28, 29, 30 (máximo 32) = _____

- Físico: 3, 7, 11, 12, 19, 22, 26 (máximo 28) = _____

Original: Deary, Wilson, Carding, MacKenzie, 2003. Em português: Moreti F, Zambon F, Oliveira G, Behlau M. Equivalência cultural da versão brasileira da Voice Symptom Scale – VoiSS. JSBFa, 2011 /no prelo/

ANEXO 2 – PROTOCOLO DA QUALIDADE DE VIDA EM VOZ – QVV

(HOGIKYAN, SETHURAMAN 1999 VALIDADO POR GASPARINI, BEHLAU 2005)

PROTOCOLO DE QUALIDADE DE VIDA EM VOZ – QVV

HOGIKYAN, SETHURAMAN 1999

VALIDADO POR GASPARINI, BEHLAU 2005

NOME _____ DATA _____
SEXO _____ IDADE _____ PROFISSÃO _____

Estamos tentando compreender melhor como um problema de voz pode interferir nas atividades de vida diária. Apresentamos uma lista de possíveis problemas relacionados à voz. Por favor, responda a todas as questões baseadas em como sua voz tem estado nas duas últimas semanas. Não existem respostas certas ou erradas.

Para responder ao questionário, considere tanto a severidade do problema como sua frequência de aparecimento, avaliando cada item abaixo de acordo com a escala apresentada. A escala que você irá utilizar é a seguinte:

- 1= nunca acontece e não é um problema
- 2= acontece pouco e raramente é um problema
- 3= acontece às vezes e é um problema moderado
- 4= acontece muito e quase sempre é um problema
- 5= acontece sempre e realmente é um problema ruim

Por causa de minha voz,	O quanto isto é um problema.				
	1	2	3	4	5
1 Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos	1	2	3	4	5
2 O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo	1	2	3	4	5
3 Não sei como a voz vai sair quando começo a falar	1	2	3	4	5
4 Fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5
5 Fico deprimido (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5
6 Tenho dificuldades ao telefone (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5
7 Tenho problemas para desenvolver o meu trabalho, minha profissão (pela minha voz)	1	2	3	4	5
8 Evito sair socialmente (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5
9 Tenho que repetir o que falo para ser compreendido	1	2	3	4	5
10 Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5

COMO CALCULAR ESCORES DO PROTOCOLO QVV

O escore geral de um protocolo é calculado de acordo com o seguinte algoritmo:

$$\frac{100 - (\text{escore bruto} - \# \text{ itens no domínio ou total}) \times 100}{(\text{maior escore bruto possível} - \# \text{ itens})}$$

Assim, o **escore total** do QVV, correspondente aos itens de 1 a 10, é calculado da seguinte forma:

$$\frac{100 - (\text{escore bruto} - 10) \times 100}{(50 - 10)}$$

Por sua vez, o escore do domínio **sócio-emocional**, que corresponde aos itens 4, 5, 8 e 10, é calculado assim:

$$\frac{100 - (\text{escore bruto} - 4) \times 100}{(20 - 4)}$$

Já o escore do funcionamento físico, correspondente aos itens 1, 2, 3, 6, 7 e 9 é calculado de acordo com o seguinte algoritmo:

$$\frac{100 - (\text{escore bruto} - 6) \times 100}{(30 - 6)}$$

ANEXO 3 – PROTOCOLO-CONSENSO DA AVALIAÇÃO PERCEPTIVO AUDITIVA DA VOZ (CAPE-V)

PROTOCOLO - CONSENSO DA AVALIAÇÃO PERCEPTIVO AUDITIVA DA VOZ (CAPE-V) – ASHA 2003, SID3

Nome _____ Data: _____

Os parâmetros da qualidade vocal deverão ser preenchidos conforme as seguintes tarefas:

- 1) Vogal sustentada com 3 a 5 segundos
- 2) Produção das seguintes sentenças:

a) Érica tomou suco de pêra e amora.	d) Agora é hora de acabar.
b) Sonia sabe sambar sozinha.	e) Minha mãe namorou um anjo
c) Olha lá o avião azul.	f) Papai trouxe pipoca quente.
- 3) Fala espontânea, com os seguintes conteúdos: "Fale-me sobre o seu problema de voz" ou "Diga-me como está a sua voz".

Legenda: C = consistente I = Intermitente

			SCORE
			C I /100
GRAU GERAL	DI	MO	AC
			C I /100
RUGOSIDADE	DI	MO	AC
			C I /100
SOPROSIDADE	DI	MO	AC
			C I /100
TENSÃO	DI	MO	AC
			C I /100
LOUDNESS	indique a natureza de desvio de <i>loudness</i> _____		
			C I /100
			C I /100
			C I /100

Comentários sobre ressonância: NORMAL OUTRA (descreva): _____

Características adicionais (por exemplo: diplofonia, som basal, falsete, astenia, afonia, instabilidade de freqüência, tremor, qualidade molhada ou outras observações relevantes)

Clínico: _____

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

Prezado colaborador

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o tema: **“Perfil vocal de pregadores de uma igreja pentecostal em Florianópolis”**, a qual tem por objetivo fazer um levantamento do atual perfil vocal de pregadores de uma igreja pentecostal em Florianópolis, bem como sua qualidade de vida em voz e possíveis sintomas de alterações vocais. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. A seguir serão explicados os testes que serão realizados.

Será aplicado um protocolo para avaliação de sua voz, na qual será solicitada uma produção de frases específicas que serão registradas por gravador digital. O senhor também será orientado a responder dois questionários rápidos, que se encontram em anexo para o seu conhecimento. Eles têm o objetivo de pesquisar dificuldades em relação a sua voz e o impacto que esta alteração pode acarretar em sua vida diária. As atividades não causam danos físicos ou psicológicos aos entrevistados e podem ser interrompidas a qualquer momento caso sintasse constrangido. A duração da realização desta avaliação é de 15 minutos. É necessário que você grave pelo menos uma parte de alguma pregação sua realizada em cultos ou congressos e combine com a pesquisadora a data para que ela tenha acesso a esse material. Esse áudio será analisado.

Esta pesquisa trata-se de um estudo observacional com o objetivo de levantar o perfil vocal de pregadores de uma igreja Pentecostal. A partir da análise dos resultados, a pesquisa contribuirá para o planejamento e desenvolvimento de futuras ações de promoção de saúde, prevenção de alterações vocais e aperfeiçoamento da expressão oral da população em questão, sendo um benefício para a qualidade de vida e trabalho dos pregadores.

As suas respostas nos testes serão mantidas em sigilo e você poderá esclarecer qualquer dúvida ou ter acesso aos resultados da avaliação fonoaudiológica com a pesquisadora responsável. Os dados coletados neste estudo serão utilizados para fins de pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso orientado pela Profa Dra. Maria Rita Pimenta Rolim.

Sua participação nesta pesquisa é de livre e espontânea vontade, sem nenhum custo e seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa “**Perfil vocal de pregadores de uma igreja pentecostal em Florianópolis**” e concordo que as informações que eu forneci sejam utilizadas na realização da mesma. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e as garantias de confidencialidade. Entendi que a pesquisa não trará riscos ou benefícios diretos a mim, mas contribuirá para o planejamento e desenvolvimento de futuras ações de promoção de saúde. Portanto, concordo voluntariamente em participar deste estudo e sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento.

Participante: _____
 Assinatura.: _____
 RG: _____

Florianópolis, ____ de _____ 20__.

Responsável pela Pesquisa:

Maria Rita Pimenta Rolim _____
 Telefone para contato: 04891017868
 Email: rita.pimenta@ufsc.br

Gisele Klauberg Cruz _____
 Telefone para contato: 04896045614
 Email: gikafono@hotmail.com