

RELAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DA VOZ E AVALIAÇÃO VOCAL EM SACERDOTES COM E SEM QUEIXAS VOCAIS

PESSOA, Gabrielly Caroline ¹

CHAGAS, Maria Vitória das ²

HERBER, Vandriële ³

RESUMO

Introdução: Em contextos religiosos, a voz é a principal ferramenta dos sacerdotes para transmitir a mensagem, resultando em estilos vocais distintos em diferentes religiões. No entanto, muitos líderes religiosos enfrentam problemas vocais, como rouquidão, pigarro constante, piora na qualidade vocal e até perda total da voz. **Objetivo:** O propósito deste estudo consiste em realizar uma análise comparativa da relação entre a autopercepção vocal e os resultados da avaliação Fonoaudiológica da voz de padres. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo transversal e descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa. A amostra incluiu sacerdotes da Diocese de Toledo-PR, e a coleta de dados ocorreu entre abril e maio de 2024. A pesquisa foi dividida em anamnese, avaliação vocal com medidas de fonação, e aplicação de um questionário sobre problemas e percepções vocais. Além disso, as pesquisadoras realizaram uma análise dos parâmetros vocais dos padres. **Resultados:** Participaram deste estudo 12 padres, a maioria entre 50 e 60 anos. Cerca de 41,7% relataram rouquidão e cansaço vocal. Fatores como clima frio (50%) e consumo de bebidas frias (16,7%) foram identificados como influências na estabilidade vocal. Na análise comparativa dos parâmetros vocais os padres avaliaram suas vozes mais positivamente que as avaliadoras, mas ambos concordaram que a voz é boa na avaliação geral. As queixas principais incluíram rouquidão (41%), dificuldades ao falar em ambientes ruidosos (25%) e impactos emocionais (16%). Além disso, 25% dos padres não realizam cuidados diários com a voz. **Conclusão:** Os dados da pesquisa demonstram que os padres enfrentam desafios vocais diários e possuem pouco conhecimento sobre o uso adequado da voz. O estudo também mostra que, embora valorizem sua voz, suas práticas de cuidado são insuficientes para prevenir distúrbios vocais. Desta forma, destaca-se a necessidade de programas de promoção e prevenção da saúde vocal voltados à essa população.

Palavras-chave: Voz; Sacerdotes; Fonoaudiologia.

¹Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia - Centro Universitário FAG – e-mail: gcpessoa@minha.fag.edu.br

²Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia - Centro Universitário FAG – e-mail: mvchagas@minha.fag.edu.br

³ Docente Orientadora do Curso de Fonoaudiologia - Centro Universitário FAG – e-mail: vandrieleherber@fag.edu.br

INTRODUÇÃO

Desde o nascimento, a voz acompanha o ser humano, manifestando-se através do choro, da emissão de sons até a fala. Essa expressão vocal, vital para a existência, revela sentimentos, emoções e reflete o estado físico e emocional em que o sujeito se encontra (Fontana, 2011).

Comunicamo-nos de diversas maneiras, incluindo o olhar, gestos, expressão corporal, expressão facial e fala. A voz, no entanto, desempenha um papel significativo na transmissão de informações e revela muitos aspectos sobre nós (Rodrigues, Vieira e Behlau, 2011). Boone (1994), argumenta que a singularidade de cada voz está relacionada às configurações do trato vocal, envolvendo tanto a produção do som glótico (vibração das pregas vocais), como a passagem da voz pelos ressonadores, que filtram o som produzido pelas pregas vocais. Portanto, pode-se dizer que o reconhecimento da voz pelos ouvintes está associado às particularidades do trato vocal do falante. A voz, ao mudar de acordo com o contexto, denuncia sensações e intenções, revelando os verdadeiros propósitos do falante ao longo das diferentes etapas da vida. Essa manifestação vocal é intrínseca à existência, inaugurando a vida com o choro e simbolicamente concluindo-a com o último suspiro, revelando dimensões biológicas, psicológicas e socioeducacionais do indivíduo (Behlau e Pontes, 2001).

Profissionais dedicados à voz existem desde a Grécia Antiga, com referências a oradores famosos, e a prática das técnicas vocais perdura por séculos. Nas grandes épocas da história, o teatro e o canto estavam presentes, cultivando a voz. Assim, surge o termo "Profissionais da Voz", aplicável àqueles que a utilizam continuamente, buscando atingir um público específico (Ferreira e Souza, 1998). Os profissionais da voz compreendem então, todos aqueles cujo principal instrumento de trabalho é a voz. Neste grupo, estão inseridos profissionais da voz cantada (cantores) e da voz falada (professores, atores, locutores de rádio, operadores de telesserviços, religiosos, vendedores, repórteres, advogados, políticos, dubladores, entre outros).

O uso intensivo da voz é uma característica fundamental no trabalho dos líderes religiosos, especialmente os padres, devido às diversas atividades que envolvem celebrações e aconselhamentos. Esta demanda vocal elevada pode resultar em sintomas e distúrbios que impactam negativamente o desempenho comunicativo desses profissionais. A literatura aponta que o excesso de atividades e a pouca adesão a cuidados de saúde e higiene vocal agravam os sintomas vocais e laringofaríngeos (Martins e Silverio, 1997; Lima, 2014).

Geralmente a principal responsabilidade do líder religioso é disseminar a mensagem divina por meio da pregação do evangelho. Cada religião desenvolve seu estilo vocal próprio para cultivar ou transmitir sua mensagem (Muniz, 2013).

Os padres desempenham um papel fundamental na sua vocação religiosa, pois utilizam a voz como ferramenta principal em seu ministério (Behlau *et al.*, 2005). Eles lideram cerimônias religiosas, empregando a voz em diversas situações, como aconselhamento individual, palestras, reuniões, batismos, casamentos e projetos sociais. Além disso, alguns deles participam de programas de rádio e televisão, além de cantarem em várias ocasiões (Ferreira *et al.*, 2015). No geral, os padres, têm como principal missão difundir a mensagem religiosa, resultando em estilos vocais distintos (Muniz, 2013). No entanto, muitos enfrentam demandas vocais excessivas, ministrando cultos ou missas em que a acústica, na maioria das vezes, é inadequada, além de lidar com fatores ergonômicos desfavoráveis, que contribuem para a instalação de inúmeros prejuízos para a voz (Behlau, 2013).

De acordo com Pontes e Vieira (2019) uma voz produzida com intensidade e projeção adequadas, proporciona um bom desempenho vocal para o profissional. No entanto, diversos fatores podem levá-los a cometer abusos vocais, como acústica desfavorável, alto índice de ruído competitivo, falta de equipamentos de amplificação sonora, necessidade de comunicar por vários turnos e negligência nos cuidados necessários à saúde vocal (Ferreira e Oliveira, 2012; Dragone e Zambon, 2014; Cielo e Lima, 2018).

Devido a esses riscos, líderes religiosos frequentemente desenvolvem sintomas vocais, como rouquidão, pigarro constante, piora na qualidade vocal ao final do culto e até mesmo afonia (perda total da voz) (Behlau, 2013). Apesar de perceberem a fadiga e a alteração na voz durante ou após as atividades pastorais, muitas vezes, eles não consideram esses problemas como impeditivos para a continuidade de suas atividades religiosas, e muitas vezes associam tais problemas somente à fala em excesso e deixam de analisar a maneira e em quais condições essa fala é produzida (Feitoza e Lucena, 2010). Assim, para os sacerdotes, a voz desempenha um papel crucial como uma ferramenta primordial na interação direta com os fiéis. No entanto, é notável que a maioria deles não se submete a uma preparação vocal adequada ou recebe orientação vocal específica para essa finalidade (Behlau *et al.*, 2005).

Na prática fonoaudiológica, especialmente na área de voz, diversos protocolos de autoavaliação exploram como o distúrbio vocal afeta a qualidade de vida. Os fonoaudiólogos procuram ampliar esses conhecimentos, considerando os aspectos psicossociais da voz, para

além das questões puramente orgânicas. Eles assumem a responsabilidade de orientar sobre fatores cotidianos, como sono inadequado, que podem afetar a articulação e o ritmo da fala, além de fornecer orientações sobre higiene vocal, audição, gargarejos adequados, alimentação, uso correto da voz, repouso vocal, respiração eficiente, postura adequada, tônus muscular, articulação e ritmo, contribuindo para um melhor desempenho profissional da voz nas atividades diárias (Silva e Camargo, 2017; Behlau e Madazio, 2015; Ferreira e Oliveira, 2014).

A atuação fonoaudiológica com ações de promoção, intervenção e aprimoramento vocal, quando voltadas aos líderes religiosos pode implicar na redução dos problemas vocais bem como no aprimoramento da oratória, possibilitando aos religiosos fazerem uso consciente e adequado da voz durante as celebrações (Viola, 2004; Neto *et al.*, 2009).

Compreender como os sacerdotes percebem suas próprias vozes e como isso se relaciona com seu desempenho vocal é crucial para promover sua saúde vocal e assegurar que possam conduzir suas atividades religiosas de forma confortável e eficaz. Assim, o objetivo deste estudo é investigar essa relação entre autopercepção vocal e desempenho da voz em sacerdotes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo é caracterizado como uma pesquisa de campo, transversal, descritiva, de abordagem qualitativa e quantitativa.

A amostra foi composta por um grupo de 45 sacerdotes que atuam nas igrejas da Diocese de Toledo/PR. Segundo os registros da arquidiocese local, esses padres se reúnem semanalmente, com 22 deles exercendo suas funções de forma permanente na cidade de Toledo. Após obter a autorização da arquidiocese para conduzir a pesquisa, foi agendado um momento conveniente que não interferisse em suas responsabilidades para a coleta de dados. A coleta das informações ocorreu nos meses de abril e maio de 2024, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes. Todos os padres presentes no dia e horário pré-definidos foram incluídos na pesquisa, de modo que o número total de participantes variou de acordo com a disponibilidade e participação deles, caracterizando esta pesquisa como não probabilística por conveniência.

O recrutamento, a coleta do TCLE e a aplicação dos protocolos foram realizadas nas paróquias e seminários dos respectivos padres da diocese de Toledo-PR. Esse local foi

escolhido por ser onde os voluntários já realizam seus trabalhos semanalmente, facilitando a organização da pesquisa e deslocamento dos voluntários.

Após aprovação do Comitê de Ética, o projeto foi conduzido em três fases, visando avaliar a autopercepção vocal, realizar a avaliação fonoaudiológica perceptivo-auditivo da voz e administrar um questionário sobre os conhecimentos sobre a Fonoaudiologia e suas práticas.

Fase 1: Após a obtenção do consentimento informado através do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os candidatos foram convidados a participar de uma anamnese e uma avaliação vocal. A anamnese coletou informações sobre os hábitos de uso da voz e os parâmetros vocais dos candidatos. Na avaliação foram realizadas as medidas de tempo máximo de fonação (TMF), a relação s/z e a gravação da leitura direcionada. A gravação da voz foi feita com o voluntário em pé, com o gravador posicionado a cerca de 10 cm de distância e a aproximadamente 45° da boca do voluntário. Um aplicativo medidor de decibéis foi utilizado para medir o nível de ruído na sala de avaliação, minimizando a captação de ruído durante a gravação. Para a análise objetiva dos parâmetros vocais, foi utilizado o software PRAAT (versão 2024).

Fase 2: Após anamnese e avaliação vocal, os padres foram convidados a responder um questionário elaborado pelas autoras, abordando a investigação de problemas vocais, percepção da voz e parâmetros vocais. As respostas a essas perguntas abertas foram registradas, transcritas e analisadas integralmente.

Fase 3: Por fim, as pesquisadoras aplicaram um questionário composto por nove perguntas dissertativas, abordando o conhecimento dos padres sobre a fonoaudiologia e cuidados com a voz.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz conforme número do CAAE : 75884023.5.00005219 / parecer de número 6.593.153.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 12 líderes religiosos, todos do sexo masculino, a maioria deles (06=50%) tinham entre 50 e 60 anos, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição percentual das faixas etárias dos padres.

Perfil Etário dos Padres

<i>(N) Padres</i>	Idade	%
1	entre 30 e 40 anos	8,3%
3	entre 40 e 50 anos	25,0%
6	entre 50 e 60 anos	50,0%
2	entre 60 e 70 anos	16,7%

Autoras (2024)

Os líderes religiosos são considerados profissionais com alta demanda vocal devido às diversas atividades que desempenham, o que os torna mais propensos a desenvolver sintomas e distúrbios vocais que podem limitar seu desempenho comunicativo (Martins e Silverio, 1997). Como consequência do excesso de atividades, esses profissionais tendem a negligenciar os cuidados com a saúde e higiene vocal, agravando os sintomas vocais e laringofaríngeos (Lima, 2014). A partir dos dados analisados neste estudo, observou-se que a maioria (7=58%) dos padres relatou trabalhar de 04 a 06 horas diárias. Quando questionados sobre queixas vocais, 05 deles (42%) mencionaram sintomas como rouquidão e cansaço vocal. Além das queixas mencionadas, outros sintomas também foram referidos pelos religiosos (tabela 2).

Tabela 2: Distribuição percentual dos sintomas vocais identificados entre os padres.

(N) Padres	Sintoma	%
0	Dor	0,00%
0	Ardência	0,00%
4	Pigarro	33,30%
0	Fisgadas	0,00%
3	Falta de saliva	25,00%
1	falta de ar	8,30%
2	Tosse seca	16,70%
1	Aflição	8,30%
1	Não sente alterações	8,30%

Autoras (2024).

Uma pesquisa realizada por Santos *et al.*, (2018) ressaltou que a saúde vocal é essencial para líderes religiosos, como padres, cuja vocação envolve comunicação frequente e prolongada. As queixas vocais frequentemente resultam do uso excessivo ou inadequado da voz, além de fatores emocionais e ambientais. Sintomas como dor, ardência e fisgadas podem ser causados pelo uso inadequado da respiração e projeção vocal, gerando tensão muscular na laringe e nos músculos de suporte, como o pescoço e os ombros (Behlau, 2013).

Viola (2004) destaca que igrejas e outros espaços religiosos frequentemente possuem acústica desafiadora e podem carecer de sistemas de amplificação adequados. Isso força os padres a elevarem a intensidade da voz, o que pode contribuir para lesões vocais. Além disso, ambientes com baixa umidade devido ao ar-condicionado com exposição a poeira e mofo, comuns em paróquias e igrejas mais antigas, podem ressecar a mucosa das pregas vocais, provocando tosse seca e a necessidade de pigarrear (Behlau, 2013).

O uso intensivo da voz durante cerimônias e aconselhamentos, sem hidratação adequada, pode resultar em sintomas de boca seca. Outros fatores de saúde, como o uso de medicamentos (anti-histamínicos, antidepressivos e diuréticos) ou a presença de refluxo gastroesofágico, também podem contribuir para sintomas de boca seca e pigarro (Faria, 2005). Além disso, o uso prolongado da voz, combinado a fatores ambientais, individuais e de organização do trabalho, aumenta a prevalência de queixas vocais, podendo levar ao afastamento e à incapacidade para o desempenho de funções (Brasil, 2018). No entanto, Viola (2004) aponta que os líderes religiosos frequentemente continuam suas atividades apesar de problemas vocais percebidos. Controlar os fatores de risco externos nem sempre é uma tarefa fácil, e não depende apenas do profissional da voz. Portanto, intervir nos fatores internos é mais eficaz para reduzir o risco de disfonia. Hábitos vocais saudáveis são essenciais para manter uma boa qualidade vocal (Moreti, 2016; Achey, He e Akst, 2016).

Entende-se por quantidade de fala o tempo em que a pessoa utiliza a voz ao longo do dia, e por intensidade da voz, a quantidade de decibéis empregados na sua produção. Todavia, nem sempre é possível e viável medir essas variáveis de forma objetiva. De acordo com os resultados desta pesquisa, em relação a intensidade vocal, 04 sacerdotes (33%) relataram que as pessoas costumam dizer que falam alto, 02 (17%) que falam baixo, 02 (17%) que quase não se entende o que diz e 01 (8%) que quase não se ouve o que diz.

A intensidade de fala habitual recomendada para conversação normal é geralmente entre 60 a 70 decibéis (dB) (Russo e Behlau, 1993; Behlau e Pontes, 1995). Essa faixa é considerada confortável e eficaz para a maioria das situações comunicativas, permitindo que a voz seja ouvida claramente sem causar esforço excessivo às pregas vocais. Manter a fala dentro dessa faixa pode ajudar a prevenir problemas vocais associados ao uso excessivo ou inadequado da voz. Portanto, o ideal é que a voz falada seja mantida em intensidade habitual e que recursos de amplificação sonora, como o microfone e ambientes acústicos favoráveis, estejam disponíveis (Bovo *et al.*, 2013).

Semelhante à alta quantidade de fala, a intensidade vocal elevada pode atuar como um fator de risco interno para alterações vocais. Produzir sons de forte intensidade requer maior recrutamento de músculos respiratórios (McFarland e Smith, 1992) aumento da pressão subglótica e da adução glótica (Chhetri e Park, 2016). Os dados deste estudo apontam que, em ambiente com o mínimo de ruído, a intensidade habitual dos padres variou entre 66 a 80 dB.

Os resultados da pesquisa quanto aos fatores que alteram a voz na percepção dos padres indicam que o clima frio é o fator mais impactante, sendo referido por 50% (N=06) dos participantes. Bebidas frias também influenciam a voz de 17% (N=02) dos padres, enquanto o clima quente ou seco interfere na voz de 8% (N=01) padre. Não foram relatadas alterações vocais por bebidas quentes, produtos tóxicos ou fumaça. Além disso, 25% (N=03) dos padres afirmam que sua voz não sofre alterações sob nenhuma das condições mencionadas.

Vários autores relatam os efeitos do clima frio e bebidas frias na saúde vocal. Behlau, Hersan e Pinho (1996) e colaboradores mencionam que a baixa umidade do ar, causada pelo resfriamento do ambiente contribui para o ressecamento da mucosa oral e faríngea, comprometendo a movimentação das pregas vocais. Outros sinais incluem sensação de secura no nariz, boca e garganta, pigarro e tosse constantes (Rodrigues *et al.*, 1996). Isso resulta em uma voz com tensão e esforço, pois a mucosa precisa de lubrificação para se movimentar adequadamente. A umidade insuficiente do ar pode levar o tecido membranoso a desenvolver um edema. Boone (1992) recomenda que os profissionais trabalhem em ambientes mais úmidos; o autor ainda sugere em outro estudo que o grau de umidade do ar deve variar entre 40% e 50% para prevenir o ressecamento do trato vocal. Entretanto, a umidade excessiva pode ter efeito contrário na mucosa, fazendo com que o tecido das vias aéreas fique excessivamente umedecido, e as passagens nasais e da garganta bloqueadas (Boone, 1996).

Quanto às bebidas frias, é concordância entre diversos autores que as mesmas devem ser evitadas durante o período de atuação pelo profissional da voz. As bebidas geladas provocam descarga de muco e edema nas pregas vocais como um sistema de defesa contra o choque térmico da mudança de temperatura (Behlau e Pontes, 1995).

Acerca da avaliação fonoaudiológica, Behlau (2013) e Capellari (2006) destacam que o tempo máximo de fonação (TMF) é uma técnica indireta e confiável que quantifica a ação muscular e ondulatória das pregas vocais e o fluxo de ar dos pulmões além de permitir verificar a habilidade da glote em se manter fechada, indicando a capacidade de controlar as forças da corrente pulmonar e da laringe. A avaliação consiste em uma medida acústica que quantifica o tempo máximo em segundos que um indivíduo consegue sustentar um som, numa só expiração, envolvendo os subsistemas fonatório e respiratório e pode ser um indicador importante da eficiência respiratória e do controle vocal. Para esta medição, são utilizadas as vogais /a/, /i/ e /u/ bem como a emissão das consoantes fricativas /s/ e /z/. Valores normais para adultos variam entre 16 a 20 segundos, sendo valores acima de 20 segundos considerados aumentados e valores menores de 16 segundos diminuídos.

Tabela 5: Resultado do desempenho vocal dos participantes nas avaliações de Tempo Máximo de Fonação (TMF) e relação S/Z.

AVALIAÇÃO VOCAL				
Identificação	TMF	Classificação	Relação S/Z	Classificação
Padre 01	19,24 segundos	Normal	1,6 segundos	Hipoconstrição
Padre 02	26,09 segundos	Aumentado	1,02 segundos	Normal
Padre 03	22,39 segundos	Aumentado	1,07 segundos	Normal
Padre 04	19,81 segundos	Normal	0,72 segundos	Hiperconstrição
Padre 05	11,03 segundos	Diminuído	0,98 segundos	Normal
Padre 06	12,08 segundos	Diminuído	0,71 segundos	Hiperconstrição
Padre 07	15,20 segundos	Diminuído	1,07 segundos	Normal
Padre 08	13,94 segundos	Diminuído	1,10 segundos	Normal

Padre 09	15,23 segundos	Diminuído	1,18 segundos	Hipoconstrução
Padre 10	21,69 segundos	Aumentado	0,91 segundos	Normal
Padre 11	16,01 segundos	Normal	0,74 segundos	Hiperconstrução
Padre 12	17,02 segundos	Normal	0,87 segundos	Normal

TMF: Normal=16 a 20s / Diminuído=abaixo de 16s / Aumentado=acima de 20s

Relação S/Z: Normal =0,8 a 1,2s / Hipoconstrução= maior que 1,2s / Hiperconstrução= valores menores que 0,8s.

Autoras (2024).

De acordo com a tabela, os padres 01, 04, 11 e 12 apresentaram valores dentro da normalidade, sugerindo um bom controle respiratório e vocal. Os resultados estão de acordo com estudos que indicam que valores normais estão associados a um uso vocal saudável e eficiente (Behlau, 2013; Nemr *et al.*, 2020).

Os padres 02, 03 e 10 apresentaram valores aumentados, o que pode indicar um ótimo controle vocal ou, em alguns casos, uma compensação que pode não ser sustentável a longo prazo. Estudos indicam que o TMF aumentado pode ser observado em indivíduos com treinamento vocal intensivo, mas também pode mascarar padrões compensatórios (Ferreira *et al.*, 2014; Gama, 2015).

Já os padres 05, 06, 07, 08 e 09 expuseram um TMF diminuído, sugerindo possível fraqueza na capacidade respiratória ou problemas no controle vocal. Este resultado está alinhado com estudos como o de Behlau (2013) e Pedrosa e Silva (2017), que afirmam que valores diminuídos de TMF podem estar associados a condições patológicas ou ineficiência no uso da respiração durante a fonação. Segundo Mendonça, Sampaio e Provenzano (2012), quando o TMF é reduzido (abaixo das médias), pode haver relato de ausência de sonorização na fala espontânea por profissionais da voz. Portanto, o esforço vocal, a pressão de ar ou a aproximação insuficiente das pregas vocais para compensar as demandas vocais, podem reduzir o tempo máximo de fonação (TMF), o que é indesejável (Cielo e Lima, 2018; Behlau e Pontes, 2001).

No que se refere à relação S/Z, ela é usada para avaliar a eficiência glótica e a presença de constrições vocais (Andrade e Lima, 2016; Carvalho e Costa, 2018). Valores considerados normais estão entre 0,8 e 1,2 segundos. Quanto a isso, a maioria dos padres (02, 03, 05, 07, 08, 10 e 12) apresentaram valores normais, indicando uma boa coordenação

pneumofonoarticulatória. Segundo Nemr e colaboradores (2020) valores normais da relação S/Z indicam uma eficiência glótica adequada sem sinais de disfunção vocal significativa.

Já os padres 01 e 09 apresentaram valores indicativos de hipoconstrição, o que pode sugerir uma ineficiência glótica ou fechamento glótico incompleto, maior esforço vocal e tensão na laringe. Esses resultados podem estar associados a padrões respiratórios menos eficientes, conforme discutido por Gama (2015) e Andrade e Lima (2016). Os padres 04, 06 e 11 apresentaram valores indicativos de hiperconstrição, possivelmente devido a uma tensão excessiva durante a fonação. Behlau (2013) sugere que a hiperconstrição pode indicar um esforço excessivo na produção vocal, que pode levar a patologias se não for corrigido.

Os resultados apresentados sugerem uma variedade de perfis vocais entre os padres, com alguns exibindo parâmetros vocais dentro da normalidade, enquanto outros apresentam sinais de disfunções vocais, como hipoconstrição e hiperconstrição. Isso reforça a importância de intervenções personalizadas e acompanhamento fonoaudiológico contínuo.

Outro método de avaliação fonoaudiológica vocal muito utilizado na prática clínica é a GRBAS. Ela é denominada como um sistema de avaliação perceptivo da qualidade vocal, desenvolvido pelo Comitê para Testes de Função Fonatória da Sociedade Japonesa de Logopedia e Foniatria (SJLF) e publicado em 1981 por Hirano. É uma escala padronizada e subjetiva, focada na fonte glótica, com confiabilidades intra e interavaliador comprovada em estudo (Dejonckere *et al.*, 1998). Após a inclusão do parâmetro vocal instabilidade à escala, proposta por Dejonckere *et al.* e por Piccirillo *et al.* (1998), a escala passou a ser denominada GRBASI.

A escala utiliza um formato de respostas do tipo Likert com 4 pontos (0= normal/ausente 1=discreto, 2=moderado, acentuado) para avaliar os seguintes parâmetros. *Grade*, *Roughness*, *Breathiness*, *Astheny*, *Strain*, *Instability*, sendo G - grau (refere-se ao grau geral de disфонia ou anormalidade vocal, indica o quanto a voz soa diferente do normal), R - rugosidade (avalia a aspereza da voz, indica a presença de irregularidades no som vocal, frequentemente associadas a vibrações irregulares das pregas vocais), B - soprosidade (refere-se a quantidade de ar escapando durante a fonação, sugerindo uma insuficiência glótica ou fechamento incompleto das pregas vocais), A - Astenia (fraqueza vocal ou falta de potência vocal, indica uma voz que soa fraca ou com pouca energia), S - tensão (avalia a presença de tensão ou esforço na produção vocal, indica presença de tensão muscular excessiva que pode resultar em uma voz apertada ou

estrangulada) e I - instabilidade (avalia a consistência da produção vocal ao longo do tempo, indica variações da qualidade vocal associadas frequentemente por problemas no controle motor das pregas vocais).

A escala é utilizada e reconhecida internacionalmente por fornecer uma medida padronizada para avaliações clínicas (Behlau e Pontes, 1995). A avaliação é realizada através da escuta atenta da voz do paciente enquanto ele realiza tarefas específicas de fonação, como leitura.

Tabela 6: Achados da avaliação vocal subjetiva, por níveis de severidade avaliados pela escala GRBASI.

ESCALA GRBASI

	Ausente = 0	(%)	Discreto = 1	(%)	Moderado = 2	(%)	Severo = 3	(%)
G - Grade	9	75%	2	17%	1	8%	0	0%
R - Roughness	9	75%	2	17%	1	8%	0	0%
B - Breathiness	11	91%	1	8%	0	0%	0	0%
A - Asteny	8	66%	2	17%	1	8%	1	8%
S - Strain	6	50%	3	25%	3	25%	0	0%
I - Instability	6	50%	4	33%	2	16%	0	0%

Autoras (2024).

Com base nos dados apresentados na tabela e de acordo com a avaliação das pesquisadoras, 75% (N=9) dos padres apresentaram grau de disфонia ausente, 17% (N=2) apresentaram disфонia discreta, 08% (N=1) apresentaram disфонia moderada e nenhum dos padres apresentou disфонia severa. Esses resultados indicam que a maioria dos padres tem uma qualidade vocal geral dentro da normalidade ou apenas levemente afetada. A presença de disфонia moderada em 8% (N=1) sugere que há alguns indivíduos com problemas vocais mais perceptíveis (Rocha e Branco, 2016).

Semelhante ao grau de disфонia, a maioria dos padres não apresenta rugosidade 75% (N=9), enquanto 17% (N=2) apresentaram rugosidade discreta e 8% (N=1) moderada. Isto indica que a maioria dos participantes não apresenta uma sensação sonora irregular. O resultado de rugosidade discreta 17% (N=2) e moderada 8% (N=1), pode ter relação com desajustes laríngeos, provocados por uso inadequado da voz, prejudicando a qualidade da emissão (Hirano, 1981).

No que se refere à soprosidade, apenas 8% (N=2) dos padres apresentou uma soprosidade discreta, sugerindo um fechamento glótico eficiente na maioria dos padres 92% (N=11). De acordo com Gama (2015) a soprosidade, quando presente, pode indicar insuficiência glótica.

Em relação à astenia, a avaliação revelou 17% (N=2) com astenia discreta, 8% (N=1) com astenia moderada e 8% (N=1) com astenia em grau severo. Isto indica perda de potência na voz ou energia vocal reduzida. O comportamento vocal astênico é um fator subjacente à hipofunção, que por sua vez pode estar relacionada a uma alteração orgânica, normalmente de origem neurológica (Batalla *et al.*, 2004). Quando não há a presença de quadros neurológicos, pode-se esperar um padrão vocal astênico decorrente do próprio envelhecimento, por exemplo, gerado por diminuição da eficiência muscular (Gama *et al.*, 2009).

O envelhecimento é uma etapa natural do desenvolvimento humano, caracterizada por uma redução da capacidade de adaptação ambiental, a diminuição da velocidade de desempenho e o aumento da susceptibilidade a doenças (Soyama *et al.*, 2005). Este processo resulta em uma degenerescência biológica, psicossocial e funcional do ser humano. No contexto vocal, essa degenerescência biológica é conhecida como presbifonia, que se refere às alterações na voz decorrentes do envelhecimento. As principais queixas e sintomas vocais relatados por pessoas idosas incluem alterações na qualidade vocal, como a rouquidão e a afonia, cansaço associado à produção da voz, esforço para melhorar a projeção vocal, soprosidade, falta de modulação vocal, voz trêmula, dificuldade no controle da intensidade vocal, dor na região da cintura escapular e sensação de ardor, queimação ou sensação de corpo estranho na laringe (Verdonck e Mahieu, 2001; Bilton, Viúde e Sanchez, 2002). Essas mudanças vocais geralmente iniciam seu aparecimento por volta dos 60 anos de idade se intensificando com o avanço da idade devido à atrofia muscular, perda de elasticidade e a desidratação dos tecidos. A diferenciação entre as alterações vocais decorrentes da presbifonia das causadas pelo mau uso vocal requer uma análise detalhada dos sintomas, histórico vocal e avaliações clínicas e objetivas (Behlau e Pontes, 1995; Hirano, 1981).

A tensão vocal também foi apresentada em grau discreto em 25% dos participantes e 25% apresentaram tensão moderada. A tensão vocal está presente em metade dos padres, com um quarto exibindo tensão moderada, sugerindo um esforço vocal significativo em algumas situações. Ferreira e colaboradores (2014) discutem como a presença de tensão vocal pode estar

relacionada ao uso excessivo da voz sem técnicas adequadas de apoio respiratório e controle muscular. A tensão moderada em 25% (N=3) dos padres sugere que há um número considerável de indivíduos que podem estar compensando com esforço vocal excessivo, o que pode levar a disfonias funcionais se não tratado. Pedrosa e Silva (2017) destacam a necessidade de treinamento vocal regular para indivíduos que utilizam a voz de forma profissional, como os padres.

Sobre a instabilidade vocal, 33% (N=4) dos padres apresentaram instabilidade discreta e 17% (N=2) moderada. Essa instabilidade, em grau discreto, é caracterizada por Hirano (1981) como uma flutuação na frequência fundamental e/ou na qualidade vocal, que pode ser proveniente de um modo respiratório misto, com pobre movimentação torácica, comum na fala cotidiana. Carvalho e Costa (2018) sugerem que a instabilidade vocal pode ser um indicador de problemas na coordenação motora das pregas vocais.

Tabela 7: Distribuição percentual da autopercepção dos padres sobre problemas relacionados à voz.

AUTOPERCEPÇÃO DOS PADRES

	Nunca	%	Pouco	%	Moderado	%	Quase sempre	%	Sempre	%
Falar em voz alta ou ser ouvido em ambientes ruidosos:	3	25%	7	58%	2	16%	0	0%	0	0%
Cansaço vocal após um dia de trabalho:	0	0%	7	58%	4	33%	1	8%	0	0%
Rouquidão após uma jornada de trabalho:	3	25%	7	58%	1	8%	1	8%	0	0%
Necessidade de pigarrear após um dia de trabalho:	6	50%	3	25%	3	25%	0	0%	0	0%

Autoras (2024).

Padres frequentemente relatam uma série de sintomas vocais decorrentes do uso intensivo da voz em suas atividades diárias, tais como missas, sermões e aconselhamentos. Dentre os problemas relatados por 58% (N=7) dos padres como um problema que acontece pouco, está a dificuldade em falar em voz alta ou ser ouvido em ambientes ruidosos, o que pode comprometer a clareza e a eficácia de sua comunicação (Neto *et al.*, 2009). Essa dificuldade ocorre porque a necessidade de aumentar o volume vocal em tais condições pode causar tensão nas pregas vocais, levando à fadiga muscular (Behlau, 2008). Além disso, 33% (N=4) dos padres relatam uma sensação de cansaço vocal após um dia de trabalho, considerando um problema moderado, indicando que suas pregas vocais estão sobrecarregadas devido ao uso contínuo e prolongado sem descanso.

A rouquidão ao final da jornada é outro sintoma mencionado por 58% (N=7) dos padres, sugerindo um desgaste significativo das pregas vocais, resultado de vibrações excessivas e falta de hidratação adequada (Boone, 1995). Neste mesmo contexto, 25% (N=3) dos 12 padres relatam uma constante necessidade de pigarrear após um dia de trabalho, o que pode ser um sinal de irritação ou acúmulo de muco nas vias aéreas (Behlau e Pontes, 2001). Essa necessidade de pigarrear frequentemente é exacerbada pela secura do ambiente ou pelo uso inadequado da técnica vocal.

Esses sintomas destacam a importância de cuidados específicos com a saúde vocal para profissionais que dependem intensamente de sua voz, como os padres, incluindo a necessidade de hidratação constante, pausas vocais regulares, e treinamento vocal adequado para minimizar o impacto negativo do uso contínuo da voz (Behlau, 2008).

Tabela 08 e 09 - Análise comparativa da autopercepção vocal dos padres em relação a alguns parâmetros vocais e a avaliação objetiva realizada pelas pesquisadoras.

	Padres						Avaliadoras					
Como percebo minha articulação	Adequada	%	Imprecisa	%	Travada	%	Adequada	%	Imprecisa	%	Travada	%
	11	92%	0	0%	1	8%	8	67%	3	25%	1	8%
Como avalio a frequência da minha voz	Adequada		Grave		Aumentada		Adequada		Grave		Aumentada	
	8	67%	4	33%	0	0%	7	58%	4	33%	1	8%
Como considero minha intensidade de voz	Adequada		Reduzida		Aumentada		Adequada		Reduzida		Aumentada	
	8	67%	2	17%	2	17%	11	92%	0	0%	1	8%
Como avalio a rapidez da minha fala	Adequada		Reduzida		Aumentada		Adequada		Reduzida		Aumentada	
	6	50%	2	17%	4	33%	3	25%	8	67%	1	8%
Como percebo meu modo respiratório enquanto estou falando	Mista		Nasal		Oral		Mista		Nasal		Oral	
	8	67%	3	25%	1	8%	6	50%	5	42%	1	8%

Tabela 09.

	Padres				Avaliadoras			
Como avalio a qualidade da minha voz	Adequada	%	Alterada	%	Adequada	%	Alterada	%
	12	100%	0	0%	11	92%	1	8%
Como percebo a ressonância da minha voz	Adequada		Alterada		Adequada		Alterada	
	12	100%	0	0%	10	83%	2	17%
Como avalio minha voz de maneira geral	Boa		Razoável		Boa		Razoável	
	9	75%	3	25%	10	83%	2	17%

Autoras (2024).

No que se refere à articulação, 92% (N=11) dos padres consideraram sua articulação adequada e 8% (N=1) travada, enquanto as avaliadoras consideraram 67% (N=8) dos padres com a articulação adequada, 25% (N=3) imprecisa e 8% (N=1) travada. Sobre a frequência da voz, 67% dos padres avaliam a frequência da voz como adequada e 33% (N=4) como grave. Como resultado das avaliações, 58% (N=7) dos padres têm frequência vocal adequada, 33% uma frequência vocal grave e 8% (N=1) aumentada. Em relação à intensidade vocal, 17% (N=2) dos padres consideram a intensidade reduzida enquanto outros 17% (N=2) consideram essa mesma característica aumentada. As avaliadoras consideram que 92% (N=11) dos padres apresentaram intensidade adequada e apenas 8% (N=1) apresentaram intensidade de voz aumentada.

Já em relação à rapidez da fala, 17% (N=2) dos padres consideram uma velocidade reduzida e 33% (N=4) aumentada, enquanto as avaliadoras consideram 25% (N=3) dos padres com velocidade de fala reduzida e 8% (N=1) aumentada. 67% (N=8) dos padres percebem sua respiração como mista (ou oronasal), 25% (N=3) consideram seu modo respiratório como nasal e 8% (N=1) afirmam que seu modo respiratório é oral. Na percepção das avaliadoras, 42% dos padres respiram pela via nasal, 8% (N=1) respiram pela boca a maior parte do tempo e percebem que 50% (N=6) dos padres têm uma respiração mista.

Outros três aspectos da voz também foram analisados tanto pelas avaliadoras quanto pelos padres: a qualidade da voz, a ressonância vocal e a avaliação da sua voz em geral. Dentre os resultados mais destacados, 100% (N=12) dos padres consideram sua qualidade vocal adequada, enquanto as avaliadoras consideram que 8% (N=1) dos padres têm vozes alteradas. Em relação à ressonância da voz, todos os padres que participaram deste estudo consideram adequada, no entanto as avaliadoras consideram que 17% (N=2) dos padres têm ressonância alterada. Na avaliação geral da voz, 75% (N=9) dos padres classificam sua voz como boa e 25% (N=3) razoável, enquanto, na percepção das avaliadoras, 83% (N=10) dos padres apresentam uma voz boa de maneira geral e consideram que 17% (N=2) deles tem uma voz razoável.

Esses resultados indicam que há uma variação significativa entre a autopercepção dos padres e a percepção das avaliadoras em diversos aspectos vocais. Uma justificativa para tais variações pode ser a falta de conscientização ou técnica. Padres sem conhecimento técnico em voz podem não perceber problemas sutis que as avaliadoras identificam com maior facilidade. De acordo com Behlau (2008) leigos muitas vezes não têm plena consciência das nuances

vocais que um fonoaudiólogo ou especialista possui. Além disso, Silva *et al.*, (2010) ressaltam que a ausência de orientação profissional pode resultar em uma percepção distorcida do estado vocal.

Outra justificativa para as variações seria a adaptação. Padres podem se acostumar com certas condições vocais e considerar “adequado” o que na verdade pode ser um uso compensatório ou inadequado da voz. Boone (1992) menciona que profissionais que utilizam a voz intensamente podem desenvolver adaptações que eles consideram normais. Neto *et al.*, (2009) apontam que a percepção subjetiva pode não corresponder à realidade clínica observada por avaliadores treinados. Especialistas usam critérios específicos e padrões clínicos objetivos para avaliar a voz, enquanto os padres baseiam suas avaliações em experiências pessoais. Behlau e Pontes (1995) destacam a importância das avaliações objetivas na identificação de problemas vocais.

Os dados também sugerem que há uma tendência de os padres avaliarem sua voz de forma mais positiva em comparação com a avaliação das avaliadoras, especialmente em relação à qualidade e ressonância da voz. No entanto, tanto os padres quanto as avaliadoras mostram um alto grau de concordância ao considerar a voz como boa na avaliação geral.

Tabela 10: Práticas diárias dos padres para preservar a voz, higiene vocal

Práticas de Higiene Vocal				
Prática	Sim	%	Não	%
Consumo regular de água	8	66%	4	33%
Realização de exercícios vocais	1	8%	11	91%
Não realiza práticas diárias	3	25%	9	75%

Autoras (2024).

A higiene vocal está relacionada a hábitos necessários para a saúde vocal, este consiste em procedimentos que devem ser seguidos para preservar a saúde da voz, prevenir o aparecimento de alterações e doenças e para que não ocorra o agravamento de alterações já existentes. Os principais tópicos a respeito da influência destes hábitos na voz que causam dúvidas quantos aos malefícios são: o fumo, o álcool, as drogas, alergias, hábitos vocais

inadequados, ar-condicionado, alimentação, vestuário, esportes e medicamentos (Behlau *et al.*, 2001).

A prática mais mencionada pelos participantes deste estudo foi a ingestão de água, seja antes, durante ou após as celebrações. De fato, a literatura destaca a hidratação como uma das práticas mais importantes para a saúde vocal. A água mantém as pregas vocais lubrificadas, o que é essencial para evitar danos e manter uma boa qualidade vocal. A eficácia da hidratação para a boa produção vocal é descrita em muitos estudos que a apontam como um dos fatores importantes na diminuição das queixas vocais e, conseqüentemente, na melhora da produção vocal (Behlau e Pontes, 1993; Titze, 1994). 25% dos padres referem não realizar nenhuma prática diária de cuidados com a voz. De acordo com Verdolini *et al.*, (2003), isso é um dado preocupante pois, o cuidado vocal regular é importante para prevenir problemas a longo prazo como nódulos vocais, rouquidão e fadiga vocal.

Apenas 1 dos 12 padres que participaram do estudo referiram a realização de exercícios vocais, que são altamente mencionados na literatura. Sataloff (2006) ressalta que os exercícios vocais ajudam a aquecer as pregas vocais, aumentando a resistência e melhorando a qualidade vocal. Conforme o autor, práticas como o aquecimento vocal e exercícios de técnica respiratória são eficazes para a manutenção da saúde vocal e prevenção de lesões.

Tabela 11: Percentual dos desafios mais comuns enfrentados pelos padres no uso da voz.

Desafios mais comuns em relação ao uso da voz	Número de padres (N)	%
Rouquidão	5	41%
Alteração vocal por conta de resfriados e atividades que demandam um esforço vocal	2	16%
Dificuldade com ressonância vocal, intensidade	2	16%
Nenhum desafio	1	8%
Ambiente ruidoso	3	25%
Fatores emocionais	2	17%

Autoras (2024).

Os desafios relatados pelos padres refletem questões comuns enfrentadas por muitos profissionais da voz. A rouquidão é mencionada em várias respostas, sendo considerada um dos desafios mais comuns. Rouquidão pode ser causada pelo uso excessivo da voz, falta de hidratação, uso da técnica vocal inadequada ou até mesmo por condições médicas, como nódulos vocais. A literatura sugere que a rouquidão é um sintoma comum entre profissionais que usam a voz intensivamente, como professores e religiosos, e pode indicar a necessidade de melhorar a técnica vocal e os cuidados com a saúde da voz (Sataloff, 2006).

O uso prolongado da voz é outro desafio significativo. Profissionais que falam por longos períodos podem sofrer de fadiga vocal, o que pode levar a rouquidão e outros problemas vocais. A fadiga vocal ocorre quando os músculos vocais são sobrecarregados e não têm tempo suficiente para se recuperar. Pausas regulares, hidratação adequada e exercícios vocais podem ajudar a minimizar os efeitos do uso prolongado da voz (Titze, 1994). Ambientes ruidosos também são mencionados como um desafio. Falar em ambientes com muito ruído de fundo pode levar à necessidade de aumentar o volume da voz, o que pode causar tensão e fadiga vocal (Verdolini *et al.*, 2003).

Os resultados desta pesquisa também revelaram que 17% (N=2) dos padres consideram os fatores emocionais como um desafio. De acordo com Sataloff (2006) o estresse e a ansiedade podem afetar negativamente a voz, causando tensão muscular e alterando a qualidade vocal.

Apesar do número restrito de participantes, a análise dos resultados desse estudo, permitiram inferências importantes na área do estudo da voz em Fonoaudiologia, que tendem a contribuir com o cuidado dessa população.

As análises deste estudo, reforçam a importância da atuação fonoaudiológica junto aos profissionais religiosos, uma vez que esses fazem uso da voz como instrumento de trabalho. Essa atuação, conforme já apontado na literatura, é voltada à promoção da saúde vocal, aprimoramento vocal e intervenção, se necessário (Viola, 2004; Neto *et al.*, 2009). Os achados neste estudo destacam ainda a necessidade do fonoaudiólogo auxiliar na conscientização sobre o uso adequado da voz, evitando hábitos prejudiciais à projeção vocal e promovendo práticas alimentares de vestuário e postura que possam auxiliar na saúde vocal. Treinamentos vocais em grupo, bem como orientações por meio de cartilhas, são estratégias eficazes na divulgação dos bons hábitos entre os sacerdotes.

A Fonoaudiologia tem grande importância na reabilitação e no treinamento vocal dos sacerdotes com aquecimentos vocais, antes e depois de suas ministrações. Cujo autor e colaboradores (Costa, Andrada e Silva, 1998) relatam que a finalidade dos exercícios, é aquecer a musculatura das pregas vocais antes de uma atividade mais intensa para evitar sobrecarga, uso inadequado ou um quadro de fadiga vocal, preservando a saúde do aparelho fonador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos a partir deste estudo revelam que os participantes desta pesquisa valorizam a voz, mostrando uma percepção positiva sobre sua importância. Contudo, a pesquisa também demonstra que líderes religiosos possuem pouco conhecimento sobre as práticas fonoaudiológicas e o uso adequado da voz, frequentemente utilizando-a de maneira inadequada e abusiva, adotando hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde vocal, deixando de realizar práticas que poderiam melhorar sua voz.

A maioria dos cuidados mencionados pelos participantes envolve a ingestão de água e alguns exercícios vocais antes e depois das cerimônias. No entanto, essas práticas são insuficientes para promover a saúde vocal e prevenir alterações vocais, indicando a necessidade de intervenções fonoaudiológicas focadas na promoção da saúde vocal entre esses indivíduos.

Os resultados mostram que as percepções dos padres sobre a própria voz são insuficientes para a promoção da saúde vocal. O desenvolvimento da percepção e exploração da própria voz, considerando diversos parâmetros vocais, poderia ser um aspecto a ser trabalhado e desenvolvido através de propostas fonoaudiológicas direcionadas à população estudada.

Os dados indicam ainda que os padres enfrentam vários desafios vocais que impactam sua prática diária, destacando a importância da intervenção fonoaudiológica. A fonoaudiologia pode oferecer técnicas e exercícios específicos para melhorar o controle vocal, respiratório e a manutenção da saúde vocal. A avaliação e intervenção fonoaudiológica podem prevenir disfonias, reduzir sintomas de rouquidão e cansaço vocal, além de melhorar a qualidade da voz e articulação.

Por fim, este estudo ressalta a necessidade de programas de intervenção fonoaudiológica para padres, visando a promoção da saúde vocal e a prevenção de distúrbios vocais, contribuindo para a eficácia da comunicação em suas atividades diárias.

REFERÊNCIAS

Achey MA, He MZ, Akst LM. Vocal hygiene habits and vocal handicap among conservatory students of classical singing. *J Voice*. 2016;30(2):192-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.02.003>. PMID:25801489. *Apud*: Lobo BPL, Madazio GMV, Badaró FAR, Behlau MS. **Risco vocal em pastores: quantidade de fala, intensidade vocal e conhecimentos sobre saúde e higiene vocal**. CoDAS, 2018.

Abou-rafée, M, Zambon F, Badaró, F, Behlau M. **Fadiga vocal em professores disfônicos que procuram atendimento fonoaudiológico**. CoDAS [online]., v. 31, n. 3. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018120>>. Acesso em: 03 de junho de 2024.

Batalla FN, Santos PC, Gonzáles BS, Prado NR, Nieto CS. **Evaluación espectral cuantitativa de la hipofunción vocal**. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2004; 55:327-33.

Behlau, M., Russo, I. **Percepção da fala: análise acústica do português brasileiro/Speech perception: acoustic analysis**. São Paulo; Lovise; 1993.

Behlau, Mara; Pontes, Paulo. **Higiene Vocal: Informações Básicas**. Ed. Lovise: São Paulo, 1993.

Behlau, M., & Pontes, P. **Avaliação e tratamento das disfonias**. Editora Revinter; 1995.

Behlau, M.; Hersan, R.; Pinho, S.- **Orientação Geral de Voz Destinado a Professores**. 1996.

Behlau, Mara; Pontes, Paulo. **Higiene vocal: cuidando da voz**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

Behlau M. **Voz: o livro do especialista**. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2001.

Behlau M, Madazio G, Feijó D, Pontes P. **Avaliação de voz**. In: Behlau M, organizador. **Voz: o livro do especialista**. vol. 1. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 85-245

Behlau M, Feijó D, Madazio G, Rehder MI, Azevedo R, Ferreira AE. **Voz profissional: aspectos gerais e atuação fonoaudiológica**. In: **Voz, o livro do especialista**. vol II. São Paulo: Ed. Revinter Ltda; 2005. p. 287- 408.

Behlau, M. **Voz: o livro do especialista**; 2008.

Behlau, Mara. **Voz: o livro do especialista**. Vol 1. Rio de Janeiro: Revinter, 2013.

Behlau M, Madazio G. **Voz: tudo o que você queria saber sobre fala e canto: perguntas e respostas**. Rio de Janeiro: Revinter; 2015.

Bilton T, Viúde A, Sanchez EP. Fonoaudiologia. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 820-7.

Boone DR, MacFarlane SC. **A voz e a terapia vocal**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994

Boone. D.R. **A voz e a terapia vocal**; 1995.

Boone, D.R. - **Sua voz está traindo você**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1996.

Bovo R, Trevisi P, Emanuelli E, Martini A. Voice amplification for primary school teachers with voice disorders: a randomized clinical Trial. *Int J Occup Med Environ Health*. 2013;26(3):363-72. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-013-0115-1>. PMID:23817868. *Apud*: Lobo BPL, Madazio GMV, Badaró FAR, Behlau MS. **Risco vocal em pastores: quantidade de fala, intensidade vocal e conhecimentos sobre saúde e higiene vocal**. CoDAS, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT**. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador Setor. Brasília/DF. Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica.

Capellari VM. **Tempo máximo de fonação e características vocais acústicas de crianças pré-escolares**. [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2006.

Carvalho, F. M., & Costa, M. C. **Fonoaudiologia e Saúde Vocal: Práticas Clínicas**. São Paulo: Editora Santos; 2018.

Cielo, C.A., & Lima, I.L.B. (2018). Voz e fatores ocupacionais: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, 84(2), 183-189. doi: 10.1016/j.bjorl.2017.10.006.

Chhetri DK, Park SJ. Interactions of subglottal pressure and neuromuscular activation on fundamental frequency and intensity. *Laryngoscope*. 2016;126(5):1123-30. <http://dx.doi.org/10.1002/lary.25550>. PMID:26971707. *Apud*: Lobo BPL, Madazio GMV, Badaró FAR, Behlau MS. **Risco vocal em pastores: quantidade de fala, intensidade vocal e conhecimentos sobre saúde e higiene vocal**. CoDAS, 2018.

Costa, H. O & Andrada e Silva, M.A - **Voz cantada - evolução, avaliação e terapia fonoaudiológica**. São Paulo, Lovise 1998. 167 p.

Dejonckere PH, Remacle M, Fresnel-Elbaz E, Woisard V, Crevier L, Millet B. **Reliability and clinical relevance of perceptual evaluation of pathological voices**. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 1998;119(4): 247-8.

Dragone, M.L.M., & Zambon, F. (2014). Fatores associados à saúde vocal e qualidade de vida em professores. 16(1), 190-197. doi: 10.1590/1982-021620161615.

Faria DM. **Comportamento vocal e características do ambiente em cantores de grupo de louvor**. [CD-Rom] *Rev Soc Bras Fonoaudiol. Suplemento Especial*. Santos; 2005.

Feitoza Lidiane Alves; Lucena Jônia Alves. **A Autopercepção da Desvantagem Vocal em Pastores Evangélicos com Queixas Vocais.** In: XVIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2010; Curitiba. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia 2010. Supl.Esp. p.3909.

Ferreira, L.P., & Oliveira, I.B. (2012). **Distúrbio de voz em professores: autorreferência, avaliação perceptiva da voz e das pregas vocais.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 17(4), 391-397. doi: 10.1590/S1516-80342012000400005.

Ferreira, L. P., & Oliveira, I. B. (2014). **"Higiene vocal: orientações práticas para profissionais da voz."** Revista Brasileira de Fonoaudiologia, 26(2), 128-135.

Ferreira LP, Souza TMT. **Um século de cuidados com a voz profissional falada: a contribuição da fonoaudiologia.** Rev Soc Bras Fonoaudiol. 1998; 2(1):26-35.

Ferreira LP (2000). Ugolino, A. C.; Oliveira, G.; Behlau, M. **Perceived dysphonia by the clinician 's and patient' s viewpoint.** Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 24, n. 2, p. 113–118, 2012.

Ferreira, L. P., et al. **Fonoaudiologia e Saúde Vocal: Práticas baseadas em evidências.** São Paulo: Plexus; 2014.

Ferreira LP, Silva MAA, Giannini SPP. **Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: práticas fonoaudiológicas.** Rio de Janeiro: Editora Roca Ltda; 2015. 1(33): 303-312.

Fontana, Marilea. **Voz: avaliação e terapia.** Passo Fundo, 2011. *APUD:* Giacomolli, Giana: **A voz como instrumento de trabalho.** Revista de Educação do Ideau, Vol. 9 – Nº 19 - Julho - Dezembro 2014.

Gama, A. C. C. **Fundamentos da Voz Humana.** Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2015.

Gama, A. C. C., et al. **Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosos.** Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Fonoaudiologia, Minas Gerais, Brasil. 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-56872009000200007>>. Acesso em: 26 de junho de 2024.

Hirano M. **Clinical examination of voice.** New York: Springer-Verlag; 1981.

Lima, AC. **Associação entre autorreferência a distúrbio de voz, desvantagem vocal e Síndrome de Burnout em líderes e obreiros religiosos.** [dissertação mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2014.

Martins, PN, Silverio, KCA, Brasolotto, AG. **Vocal Aspects of Brazilian Evangelical Pastors.** Journal of Voice, Volume 32, Issue 6, 2018, Pages 689- 694, ISSN 0892-1997.

McFarland DH, Smith A. Effects of vocal task and respiratory phase on prephonatory chest wall movements. J Speech Hear Res. 1992;35(5):971-82. <http://dx.doi.org/10.1044/jshr.3505.971>. PMid:1447931. *Apud:* Lobo BPL, Madazio GMV, Badaró FAR, Behlau MS. **Risco vocal em pastores: quantidade de fala, intensidade vocal e conhecimentos sobre saúde e higiene vocal.** CoDAS, 2018.

Mendonça RA, Sampaio TM, Provenzano L. **Medida de tempo máximo de fonação de professoras do município de Niterói/RJ.** Rev. CEFAC. 2012;14(6):1204-8.

Moreti FTG. **Questionário de Saúde e Higiene Vocal –QSHV: desenvolvimento, validação e valor de corte [tese].** São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2016. 103 p.

Muniz, Perla do Nascimento Martins. **Pastores evangélicos: sintomas vocais e laringofaríngeos, qualidade vocal e perfil de participação em atividades vocais.** 2013. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2013.

Nemr, K., et al. **Análise vocal e intervenções em saúde vocal.** São Paulo: Editora Santos; 2020.

Neto, Francisco Xavier Palheta et al. Analysis of the Vocal Health of the Preachers of the Seventh-Day Adventist Churches. **Análise da Saúde Vocal dos Pastores das Igrejas Adventistas do Sétimo Dia.** 2009.

Pontes, P., Vieira, V., & Gonçalves, M. I. (2019). Análise das características vocais em profissionais da voz. **Journal of Voice**, 33(6), 838.e1-838.e6. doi:10.1016/j.jvoice.2018.03.004

Pedrosa V, Silva H. **Terapia Vocal para Profissionais da Voz.** São Paulo: Editora Plexus; 2017.

Piccirillo JF, Painter C, Haiduk A, Fuller D, Fredrickson JM. **Assessment of Two Objective Voice Function Indices.** Annals of Otology, Rhinology & Laryngology. 1998; 107(5): 396-400.

Rodrigues, G., Silva, H., Almeida, A., & Santos, L. (1996). Impacto da baixa umidade do ar na saúde vocal. *Journal of Voice*, 10(3), 215-220.

Rodrigues G, Vieira VP, Behlau M. **Saúde vocal.** São Paulo: Centro de Estudos da Voz; 2011. Disponível em: <<https://www.hcrp.usp.br/sitehc/upload/saudevocal.pdf>>.

Santos, A. M., Rodrigues, P. A., Almeida, L. F., & Pereira, S. J. (2018). A importância da saúde vocal para líderes religiosos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43(2), 134-142.

Sataloff, R. T. **Vocal Health and Pedagogy: Science and Assessment.** Plural Publishing; 2006.

Silva, R. A., & Camargo, Z. (2017). "Cuidados com a voz e sua importância na prática profissional." *Journal of Voice and Health*, 23(1), 45-52.

Soyama CK, Espassatempo CL, Gregio FN, Camargo Z. **Qualidade vocal na terceira idade: parâmetros acústicos de longo termo de vozes masculinas e femininas.** Rev CEFAC 2005; 7(2):267-79.

Titze, I.R. **Principles of voice Production.** Prentice Hall; 1994.

Verdolini Abbott, K., et al. **Occupation Safety and Health Administration (OSHA) guidelines on voice disorders;** 2003.

Verdonck-de Leeuw IM, Mahieu HF. **Vocal aging and the impact on daily life: a longitudinal study.** J Voice. 2001; 18(2):193-202.

Viola, Izabel Cristina; MÄRTZ, Maria Laura Wey. **A Voz do Religioso.** P 1-12 2004.