

ANALISE DO PADRÃO VOCAL DE LÍDERES RELIGIOSOS

Andréia Cristina Munzlinger dos SANTOS¹
Gabriela de LUCCIA¹
Priscila Biaggi Alves de ALENCAR¹
Letícia Mara Conceição da COSTA²
Márcia Lúcia Caetano FERNANDES²
Nathania Almeida da SILVA²

¹Docente do curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

²Acadêmica do curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

Palavras-chave: Voz. Disfonia. Religiosos.

INTRODUÇÃO

A voz é uma das principais extensões da personalidade humana, ela se resume em nosso principal instrumento de interação e expressão. É através da voz que conseguimos atingir o outro, expressando com clareza sentimentos, emoções, necessidades e crenças (BEHLAU; PONTES, 1995).

Um terço dos trabalhadores na sociedade moderna depende da voz como seu principal instrumento de trabalho (BEHLAU, 2013). Na lista extensa dos chamados profissionais da voz, estão os atores, cantores, professores, advogados, vendedores, religiosos e ainda muitos outros profissionais que dependem de um padrão e qualidade vocal específica para sua sobrevivência (FORTES et al., 2007).

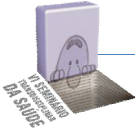
O líder religioso, de uma maneira geral, traz como sua principal incumbência difundir a mensagem de Deus através da pregação do evangelho (MUNIZ, 2013). Diante disso, cada religião gera seu próprio estilo vocal, no que diz respeito a cultivar ou transmitir sua mensagem (MUNIZ, 2013). Entretanto, alguns líderes religiosos são expostos à demanda vocal excessiva, muitas vezes ministram o culto em competição sonora, a acústica do local de trabalho nem sempre é a mais adequada, e ainda há a exposição aos fatores ergonômicos inadequados que contribuem para a instalação de inúmeros prejuízos vocais (BEHLAU, 2013).

Os hábitos vocais dos líderes religiosos não mudaram muito com o avançar dos anos, pois mesmo havendo avanço na tecnologia com o uso de microfones e equipamentos de ponta para uma boa projeção vocal, os sermões ainda permanecem com o mesmo formato das pregações do passado, quando ainda eram ao ar livre ou em tendas e a projeção vocal era mais exigente (BEHLAU, 2013; LIMA, 2001). Além disso, algumas igrejas exigem de uma demanda vocal com uma dinâmica mais avivada em seus cultos, com maior expressão corporal, ênfases, gritos e choros aliados à “Manifestação do Espírito Santo” (CAIRNS, 1995; MENDES e SILVA, 2006). Por isso, os líderes de hoje continuam utilizando ao máximo a voz, resultando em abusos vocais evidenciados por elevação da intensidade e altura vocal, associados a tensão física e emocional (BEHLAU, 2013; LIMA, 2015).

Diante dos riscos que os líderes de igreja estão expostos, estes acabam por desenvolver sintomas vocais, como: rouquidão, pigarro constante, voz pior ao final do culto e até mesmo afonia (perda total da voz) (BEHLAU, 2013). E mesmo com percepção de fadiga e alterações vocais durante ou após as atividades pastorais, os religiosos não compreendem este fato como um impeditivo para a continuidade de suas atividades (FEITOZA e LUCENA, 2010). Por consequência disso, a procura por orientação médica acaba ocorrendo quando a disfonia já está instalada e comprometendo totalmente o desempenho da liderança na igreja (FORTES et al., 2007).

Atualmente, muitas igrejas protestantes estão adotando o sistema de células em que pessoas comuns da igreja passam a ser líderes de pequenos grupos e a ministrar culto no próprio lar, com a missão de divulgar o evangelho, atrair novos fiéis para a igreja, bem como dar suporte aos antigos fiéis que necessitam de continuar estudando o evangelho. Portanto, acreditamos que líderes de pequenos grupos podem estar expostos a diversos fatores de riscos para a voz, pois além de cumprirem funções muito parecidas dos seus líderes (pastores), podem estar usando a voz de forma inadequada e sem o devido preparo vocal. Diante disso, a presente pesquisa se faz necessária para auxiliar na prevenção de problemas vocais da comunidade religiosa.

OBJETIVO



Comparar o perfil vocal dos líderes religiosos de pequenos e de grandes grupos.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, observacional, por meio de aplicação de questionários de saúde vocal para dois grupos de líderes de igreja: líderes de pequeno grupo (LPG) e líderes de grande grupo (LGG). Foram considerados LPG os sujeitos que ministram culto com no máximo 30 participantes; e LGG os sujeitos que ministram culto com no mínimo de 31 pessoas. As atividades foram iniciadas após aprovação do projeto por parte do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UNIVAG conforme a resolução 446/12, processo nº 85866318.6.0000.5692.

Foram incluídos indivíduos de ambos os grupos com idade entre 18 a 60 anos, de ambos os sexos, que estavam à frente do trabalho de grupos de igrejas evangélicas de diversas denominações evangélicas do estado do Mato Grosso por pelo menos 1 ano. Foram excluídos estudo religiosos de instituições que não se denominam protestante ou que não eram do seguimento evangélico; religiosos que não estavam à frente de algum trabalho de liderança, com alterações na fluência da fala, problemas neurológicos e/ou psiquiátricos, com diagnóstico de disfonia não relacionada a função de líder de igreja, que tenham problemas respiratórios ou que passaram por alguma cirurgia laríngea e/ou em região cervical.

Inicialmente foi contatado o responsável pela igreja, o mesmo assinou a declaração de instituição co-participante. Logo após foi agendado um dia encontro com todos os líderes, conforme a disponibilidade da igreja. Neste dia, os líderes foram informados dos objetivos desta pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem deste estudo.

Em seguida os líderes preencheram dois questionários: Questionário de avaliação da saúde vocal e Questionário de Qualidade de Vida em Voz. Através destes dois instrumentos foi possível analisar as diferenças do comportamento vocal entre os líderes religiosos de pequenos grupos em comparação aos líderes de grandes grupos.

O Questionário de avaliação da saúde vocal qual foi elaborado pelas autoras deste projeto. Ele foi subdividido em cinco partes distintas: 1 – identificação, 2 – organização do trabalho, 3 – sintomas vocais, 4 – hábitos vocais e estilo de vida e 5 – ajuda profissional. Dessa forma, este questionário objetivou identificar os problemas vocais que os líderes religiosos e a causa destes problemas.

O Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV) elaborado por Gasparini e Behlau (2009), tem como função investigar a auto avaliação os aspectos relacionados a qualidade de vida relacionados ao uso diário da voz. Este instrumento é composto por 10 questões fechadas que se dividem entre domínio físico e domínio socioemocional. O indivíduo respondeu em uma escala likert de um a cinco, sendo: 1- não é um problema, 2 - é um problema pequeno, 3-é um problema moderado/médio, 4-é um grande problema ou 5-é um problema muito grande.

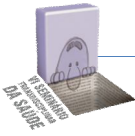
Após a coleta das informações dos líderes foi realizada a tabulação dos dados por meio do programa Microsoft Excel 2016. Logo após, foi aplicado o Teste do qui-quadrado para as variáveis qualitativas nominais, por meio do programa Epi info7, adotando-se o nível de significância de 0,05% (p valor= 0,05), para verificar se há uma diferença significativa entre o comportamento vocal dos líderes religiosos de grandes grupos em relação aos líderes religiosos de pequenos grupos. E por fim, foi aplicado o Teste t de Student para a comparação entre as médias dos escores obtidos no Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV) para os dois grupos de líderes religiosos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 70 Líderes religiosos de igrejas pentecostais da região metropolitana da grande Cuiabá, 35 indivíduos (50%) do sexo feminino e 35 indivíduos (50%) do sexo masculino. A idade dos líderes variou de 18 a 59 anos, com média de 35,51 anos. Na figura 1 pode-se perceber uma maior prevalência de líderes para pequeno grupo (LPG), correspondendo a 59% da amostra (41 indivíduos).

INSERÇÃO DA FIGURA 1

Na tabela 1 são apresentados os dados da organização do trabalho de líderes de igreja. Em relação ao local da pregação, 63,41% dos LPG pregam fora da igreja, por outro lado à maioria dos LGG (65,52%) fazem pregações dentro da igreja. Em relação ao tempo de pregações, não houve diferença significativa para ambos os grupos, sendo que eles costumam a pregar entre 31 a 60 minutos por culto. Entretanto esta diferença ganha proporção conforme a quantidade de pregações por semana, pois 63,41% dos LPG realizam suas atividades de liderança apenas uma vez por



semana, enquanto 72,41% dos LGG pregam duas ou mais vezes por semana, desta forma, não concentrando suas ações em um único dia.

INSERÇÃO DA TABELA 1

Na tabela 2 são apresentados os hábitos vocais autorreferidos por líderes religiosos. Em relação aos maus hábitos vocais referidos, estes apresentam-se em níveis elevados e semelhantes para ambos os grupos. Contudo, os LGG diferenciaram-se dos LPG em relação aos bons hábitos vocais, pois fazem mais aquecimento vocal (p-valor 0,022), ingestão de água durante o culto (p-valor 0,031) e o uso de microfone (p-valor <0,001).

INSERÇÃO DA TABELA 2

Na tabela 3 são apresentados os sintomas vocais e ajuda profissional recebida pelos líderes religiosos. Os sintomas vocais foram elevados e semelhantes para ambos os grupos. Porém, no quesito “ajuda profissional”, os LGG referem ter recebido mais ajuda profissional que os do grupo LPG (p-valor 0,025).

INSERÇÃO DA TABELA 3

Nos aspectos relacionados a auto avaliação vocal (Tabela 4) foi verificado prejuízo nos três domínios avaliados (“Físico”, “Socioemocional” e “Total”) para ambos os grupos, demonstrando uma alteração na qualidade de vida relacionada ao uso profissional da voz.

INSERÇÃO DA TABELA 4

DSCUSSÃO

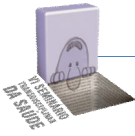
No presente estudo pode-se verificar que houve uma predominância dos LPG, correspondendo a 59% (Figura 1). Acreditamos que isso se deve ao novo modelo de igreja, baseada em uma visão celular. Em 1961 o pastor coreano David (Paul) Yonggi Cho começou um movimento o qual organiza as igrejas em pequenos grupos denominados “células”. Este novo modelo propõe que os membros da igreja se tornem líderes de pequenos grupos afim de evangelizar e acompanhar os outros membros da igreja em momentos pós cultos, mantendo reuniões semanais em casas, locais de trabalho, escolas e outros lugares (IBAVI – Igreja Batista do Aviamento, 2018).

Em relação aos dados de organização do trabalho dos líderes religiosos (Tabela 1), os grupos se deferiram quanto ao local da pregação, em que os LPG pregam mais fora da igreja e os LGG dentro da igreja. Para os LPG os riscos vocais estão mais relacionados à problemas ambientais (poeira, vento, sereno, ruídos), pois apesar do baixo número de pessoas, suas pregações são realizadas sem microfone, muitas vezes ocorrem em quintais ou áreas onde a acústica não favorece. Além disso, existem ruídos advindos do entorno das casas em que são realizadas as pregações ou de outras partes da casa (nem todos membros da família anfitriã participa das reuniões), ou mesmo de crianças correndo ao redor.

Por outro lado, para os LGG os riscos são referentes ao esforço em projetar a voz, pois mesmo com o auxílio do microfone o líder pode ter dificuldade em expressar o conteúdo da mensagem se acústica da igreja não for adequada. Além disso, devido ao maior número de pessoas, há uma exigência de uma interpretação da mensagem mais convincente, visto que não há um momento para debate como no primeiro grupo. Diante disso, as pregações são carregadas de emoções fortes, que interferem diretamente na maneira e intensidade ao falar, com ênfases, modulações vocais, gestos mais amplos, aumento na variação de intensidade vocal aliada à choros e gritos (MENDES; SILVA, 2006).

Já em relação aos bons hábitos vocais (Tabela 2), os LGG apresentaram melhores hábitos que os LPG, como fazer mais aquecimento vocal (p-valor 0,022), ingerir água durante o culto (p-valor 0,031) e usar o microfone (p-valor <0,001). Este fato pode ser explicado pelas orientações vocais prévias recebidas pelos LGG, que foram 2,42 vezes maior do que nos LPG (Tabela 3). Isso se deve ao fato dos LGG passarem por treinamento profissional e teológico, antes de se tornarem um líder de igreja. Já os LPG para se tornarem líderes apenas necessitam de dispor de tempo e conhecimento da doutrina da igreja.

Apesar dos LGG praticarem alguns bons hábitos vocais, estes apresentaram inúmeros sintomas vocais, como a rouquidão, voz pior no final do culto e tensão cervical (Tabela 3). Isso deve a prática de hábitos inadequados e a demanda vocal excessiva, como: esforço vocal ao falar, prática de



gritos, ataques vocais frequentes, mudança excessiva de intensidade, tensão física e outros inadequados.

Os sintomas vocais também foram autorreferidos pelos LPG, sugerindo-se que os liderados podem estar copiando os comportamentos e modelo vocal de seus líderes. Segundo Behlau (2013), a imitação de um modelo vocal pode ocorrer de forma consciente ou inconsciente, sendo copiados a forma de falar e até mesmo os maus hábitos vocais. Dessa forma, gerando assim um risco a saúde vocal, podendo levar ao desenvolvimento de uma disфонia. (BEHLAU, 2001).

Diante dos hábitos e sintomas vocais, ambos os grupos referiram possuir uma alteração na qualidade de vida devido em voz, com pontuações abaixo do padrão de normalidade para uma voz saudável (Tabela 4). Semelhantemente, Cruz (2016) verificou que a média do escore total no QVV de pastores foi de 82,18, indicando que as vozes dos pastores não estavam saudáveis. Este dado é preocupante, pois demonstra que a liderança de grupo religioso se exercida de forma inadequada, poderá acarretar em prejuízo a emissão vocal saudável do indivíduo.

A implantação do fonoaudiólogo nas igrejas é importante para minimizar os problemas vocais entre os líderes religiosos (VIOLA, 2004; NETO et. al, 2009). O fonoaudiólogo poderá auxiliar os líderes religiosos com a criação de projetos que abordam a conscientização do uso adequados da voz, como evitar hábitos inadequados que possam prejudicar a projeção vocal, mostrar hábitos alimentares, vestuário e postura que possam auxiliar na saúde vocal. Dessa forma, podem ser feitos treinamentos vocais em grupo, bem como orientações por meio de cartilhas, as quais ajudem na divulgação dos bons hábitos e da necessidade de transferi-los aos seus liderados.

CONCLUSÃO

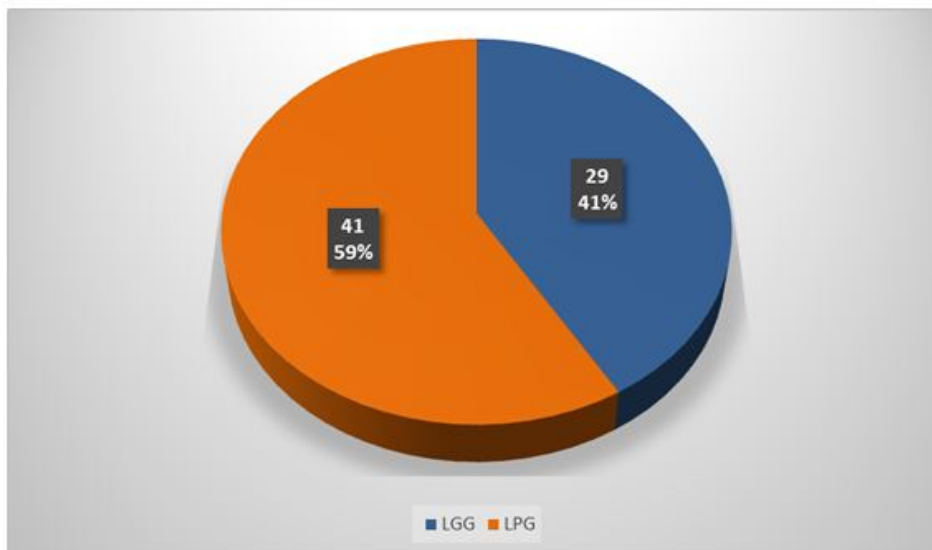
Concluímos que os LPG e os LGG se diferiram em relação ao local de pregação, número de pregações por semana, bons hábitos vocais e recebimento de ajuda profissional. O LPG prega geralmente em ambiente externo, em torno de uma vez por semana, pratica poucos hábitos vocais saudáveis para a voz e poucos tiveram ajuda profissional. Por outro lado, os LGG pregam mais vezes por semana; praticam mais hábitos vocais saudáveis, como aquecer a voz, beber água durante o culto e usar o microfone; e muitos já receberam orientações vocais. Contudo, os grupos se assemelham quanto ao tempo de pregação (31 a 60 minutos por pregação), maus hábitos vocais, sintomas vocais e alterações na qualidade de vida em voz. Portanto, a inserção do fonoaudiólogo nas igrejas é de extrema importância para esta população, pois incentivara a pratica de hábitos vocais saudáveis e realizações de técnicas vocais que previnam as disfonias.

REFERÊNCIAS

- BEHLAU, Mara. **Voz o livro do especialista**. Vol 1. Rio de Janeiro: Revinter, 2013.
- BEHLAU, Mara; PONTES, Paulo. **Avaliação e tratamento das disfonias**. São Paulo: Lovise, 1995.
- CAINS, Earlee. **O cristianismo através dos séculos**. São Paulo, Editora Vida Nova, 1984.
- 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.
- FORTES, Felipe Sartor Guimarães et al. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 1, n. 1, p. 27-31, 2007.
- Gasparini G, Behlau M. Quality of life: validation of the Brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. **J Voice**. 2009;23(1):76-81.
- LIMA, Aleandra Cardoso. **Association between self-reported voice disorder, voice handicap and Burnout Syndrome in religious workers and leaders**. 2015. 63 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- MENDES, Ana Magnólia Bezerra; SILVA, Rogério Rodrigues da. Religious leader's pleasure and suffering at work in a neopentecostal and in a traditional protestant organization. **Psico-USF**, v. 11, n. 1, p. 103-112, 2006.
- 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.

ANEXOS

Figura 1. Prevalência dos líderes religiosos por função.



Legenda: LGG = líderes de grande grupo; LPG = líderes de pequenos grupos.

Tabela 1. Dados da organização do trabalho de líderes de igreja

Variável	LGG		LPG	
	FA	FR	FA	FR
Local da pregação				
Fora da igreja	5	17,24%	26	63,41%
Na igreja	19	65,52%	10	24,39%
Na igreja e fora da igreja	5	17,24%	5	12,20%
Tempo de pregação				
Até 30 minutos	12	41,38%	19	46,34%
De 31 a 60 minutos	13	44,83%	21	51,22%
Acima de 60 minutos	5	7,14%	1	2,44%
Nº de pregações por semana				
Uma	8	27,59%	26	63,41%
Duas	11	37,93%	11	26,83%
Três	5	17,24%	3	7,32%
Quatro	3	10,34%	1	2,44%
Cinco	2	6,90%	0	0,0%

Legenda: FA = frequência absoluta; FR = frequência relativa; LGG = líderes de grande grupo; LPG = líderes de pequenos grupos.

Tabela 2. Hábitos vocais autorreferidos por líderes religiosos.

Variável	LGG		LPG		p-valor
	FA	FR	FA	FR	
Maus hábitos vocais					
Fala muito	21	72,41%	31	75,61%	0,764
Fala alto	21	72,41%	27	65,85%	0,563
Fala em competição com ruído	15	51,72%	21	51,22%	0,967
Canta e prega	21	72,41%	26	63,41%	0,443
Bons hábitos vocais					
Faz aquecimento vocal	8	27,59%	3	7,32%	0,022
Faz desaquecimento vocal	3	10,34%	2	4,88%	0,385
Faz exercícios físicos	10	34,48%	18	43,90%	0,431
Bebe água durante o culto	21	72,41%	19	46,34%	0,031
Usa o microfone	21	72,41%	8	19,51%	<0,001

Legenda: FA = frequência absoluta; FR = frequência relativa; LGG = líderes de grande grupo; LPG = líderes de pequenos grupos.

Teste estatístico: Qui-quadrado

Tabela 3. Sintomas vocais e ajuda profissional autorreferidos por líderes religiosos.

Variável	LGG		LPG		p-valor
	FA	FR	FA	FR	
Sintomas vocais					
Rouquidão	14	48,28%	21	51,22%	0,809
Pigarro	11	37,93%	19	46,34%	0,486
Tensão cervical	12	41,38%	13	31,71%	0,408
Dor ou ardência ao falar	7	24,14%	11	26,83%	0,811
Falhas na voz	11	37,93%	8	19,51%	0,090
Perda da potência vocal	11	37,93%	17	41,46%	0,767
Voz pior no começo do culto	2	6,90%	7	17,07%	0,213
Voz pior no final do culto	14	48,28%	11	26,83%	0,067
Dificuldades para respirar	6	20,69%	11	26,83%	0,557
Ajudas profissionais					
Recebeu orientações vocais	12	41,38%	7	17,07%	0,025
Foi ao fonoaudiólogo	5	17,24%	2	4,88%	0,091
Foi ao otorrinolaringologista	5	17,24%	2	4,88%	0,091
Diagnóstico de disfonia	1	3,45%	1	2,44%	0,804
Aula de canto	6	20,69%	4	9,76%	0,201

Legenda: FA = frequência absoluta; FR = frequência relativa; LGG = líderes de grande grupo; LPG = líderes de pequenos grupos.

Teste estatístico: Qui-quadrado

Tabela 4. Resultado do protocolo QVV

Domínio	LGG		LPG		Voz Saudável*	p-valor
	Média	DP	Média	DP		
Físico	85,34	16,68	86,99	13,63	97,10 à 100,0	0,651
Socioemocional	89,43	17,44	91,00	14,45	99,40 à 100,0	0,683
Total	86,98	16,31	88,59	12,06	98,00 à 100,0	0,635

Legenda: FA = frequência absoluta; FR = frequência relativa; LGG = líderes de grande grupo; LPG = líderes de pequenos grupos; DP = desvio padrão.

Teste estatístico: Teste t-student

*Gasparini e Behlau (2009)