

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Valnice Jane Caetano Andrade Silva

**ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA, CRITÉRIOS E ATUAÇÃO DA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE
ATIVIDADE FÍSICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2014

Valnice Jane Caetano Andrade Silva

**ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA, CRITÉRIOS E ATUAÇÃO DA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE
ATIVIDADE FÍSICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Vigilância Sanitária.

Orientadoras: Dra. Karen Friedrich
Dra. Célia Maria Carvalho Pereira Araujo
Romão

Rio de Janeiro

2014

Catálogo na fonte

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

Biblioteca

Andrade Silva, Valnice Jane Caetano

Análise da legislação sanitária, critérios e atuação da Vigilância Sanitária em estabelecimentos prestadores de atividade física no Estado do Rio de Janeiro./ Valnice Jane Caetano Andrade Silva. Rio de Janeiro: INCQS/FIOCRUZ, 2014.

166 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Vigilância Sanitária) – Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária, Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2014.

Orientadoras: Karen Friedrich e Célia Maria Carvalho Pereira Araujo Romão

1. Legislação Sanitária. 2. Academias de Ginástica. 3. Inspeção Sanitária. I. Título

Analysis of sanitary legislation, criteria and procedures of health surveillance in services of physical activity in Rio de Janeiro State

Valnice Jane Caetano Andrade Silva

**ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA, CRITÉRIOS E ATUAÇÃO DA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE
ATIVIDADE FÍSICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Vigilância Sanitária do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção título de Mestre em Vigilância Sanitária.

Aprovado em: 25/04/2014

BANCA EXAMINADORA

Isabella Fernandes Delgado (Doutora)
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS

André Luis Gemal (Doutor)
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Marcia Sarpa de Campos Mello (Doutora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Karen Friedrich (Doutora) - Orientadora
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS

Célia Maria Carvalho Pereira Araujo Romão (Doutora) - Orientadora
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS

Dedico este estudo ao meu marido, que sempre me apoiou e me incentivou à concretização dos meus e dos nossos ideais; aos meus pais, que sempre acreditaram no meu potencial e que sempre se dedicaram a mim e aos meus irmãos; e a todos que buscam, de forma ética, melhorias para a saúde da população como um todo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, juntamente às minhas orientadoras, ao Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/Fiocruz) – tanto à Direção quanto ao Programa de Pós Graduação em Vigilância Sanitária (PPGVS) – pelos recursos disponibilizados para a realização do presente estudo. O apoio do referido Instituto, incluindo a participação ativa das minhas orientadoras – Dra. Karen Friedrich e Dra. Célia Maria Carvalho Pereira Araujo Romão – e o forte apoio da Coordenadora do Mestrado Acadêmico do PPGVS – Dra. Kátia Christina Leandro, foram fundamentais para o desenvolvimento e conclusão do referido trabalho.

Também agradeço aos professores, do já citado Programa, que de alguma forma contribuíram para a construção do meu conhecimento acerca da Vigilância Sanitária, que sem dúvida é um amplo e importantíssimo setor da Saúde Pública, tendo em vista seus objetivos diretamente associados à segurança e saúde da população.

Agradeço aos meus amados pais, Vicente de Paula Caetano e Jovina Cebey Caetano, os quais sempre acreditaram no meu potencial e dedicaram suas vidas a mim e aos meus queridos irmãos. Também agradeço a todos os familiares e amigos que sempre torceram por mim.

Apesar de deixar para o final, agradeço em especial ao meu marido pela sua compreensão, companheirismo e incentivo. A ele, Rivaldo Andrade Silva, dedico este trabalho!

Obrigada Deus, por tudo que tens me proporcionado!

Você nunca sabe que resultados virão de sua ação. Mas se
você não fizer nada, não existirão resultados.

Mahatma Gandhi

RESUMO

Evidências científicas comprovam que a prática regular de atividade física pode diminuir a incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e por isso tem sido incentivada por diversas instituições, governos e também pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, é necessário que os estabelecimentos desse tipo de atividade sejam adequadamente estruturados e fiscalizados, para minimizar os riscos aos quais usuários e funcionários estão expostos. O objetivo do presente estudo foi analisar a legislação sanitária, os critérios, a atuação e os recursos dos Órgãos de Vigilância Sanitária (Visas) para as ações em Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física (Epaf) em todos os municípios localizados nas sub-regiões Metropolitana I e Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, realizou-se um levantamento através de entrevista *in loco*, com a aplicação de questionário a representantes de 19 Visas municipais. Ao todo foram levantadas 45 legislações, das três esferas do Governo; três instrumentos federais de cunho orientador; e cinco roteiros de inspeção sanitária específicos para Epaf. Apesar de haver legislações municipais aplicáveis a Epaf, nenhuma era específica às ações de vigilância sanitária em tais estabelecimentos. Além disto, de modo geral os critérios para tais ações não são bem definidos e nem todas as Visas estudadas atuam em Epaf, tornando-se necessário a elaboração de critérios mais definidos e de instrumentos legais municipais específicos para as ações de vigilância sanitária em Epaf.

Palavras-chave: Academias de Ginástica. Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física. Legislação Sanitária. Risco. Roteiro de Inspeção Sanitária. Vigilância Sanitária.

ABSTRACT

Scientific evidences testify that regular physical activity can reduce the incidence of chronic non-communicable diseases and therefore has been encouraged by different institutions, governments and the World Health Organization (WHO). Thereby, it is necessary that this kind of services are properly structured and monitored in order to minimize risks to which workers and consumers are exposed. The aim of the present study was analyze sanitary legislation, criteria, procedures and resources of the Health Surveillance Institutions (HSI) focused to perform actions in services of physical activity (SPA) in all municipalities of the metropolitan sub-regions I and II of Rio de Janeiro State. Thereunto, a survey was performed thorough an interview in loco with a questionnaire of representatives of 19 municipal HSI. Altogether 45 legislations from the three levels of government; three federal instruments guidance nature; and five sanitary inspections checklists specific for SPA were found. Despite having municipal legislation applicable to SPA, none was specific to those kinds of establishments. Furthermore, the criteria for those actions are not well defined and not all HSI act on SPA, making it necessary formulate well defined criteria and municipal legislation specific for health surveillance actions in SPA.

Key words: Gym Services; Services of Physical Activity; Sanitary Legislation; Risk; Sanitary Inspection Checklist; Health Surveillance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Composição de 19 Visas municipais do Estado do Rio de Janeiro quanto à formação profissional (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II) 48
Figura 2	Profissionais que integram a equipe de inspeção sanitária que atua em Epaf, em 16 Visas municipais das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro 50
Figura 3	Municípios e capacitação profissional específica para as ações em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro; n = 19) 51
Figura 4	Critérios utilizados pelas Visas municipais previamente à realização da inspeção sanitária em estabelecimentos diversos (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro; n = 19) 85
Figura 5	Principais critérios (prévios) para a realização da inspeção sanitária em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro; n = 16) 87
Figura 6	Justificativas dos entrevistados para a ausência de legislações municipais que determinem critérios para a realização da inspeção sanitária em Epaf (n = 16) 96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Justificativa ou comentário de alguns entrevistados em relação à falta de capacitação específica para as ações de vigilância sanitária em Epaf	52
Quadro 2	Itens dos RIS associados a informações gerais e caracterização do estabelecimento e de suas atividades	56
Quadro 3	Itens dos RIS associados à avaliação dos Epaf	58
Quadro 4	Visas municipais e principais instrumentos municipais legais empregados nas ações de vigilância sanitária (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	71
Quadro 5	Principais relatos dos entrevistados quanto às ações da respectiva Visa municipal em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	102
Quadro 6	Relatos de alguns entrevistados expressando preocupação quanto às ações das Visas municipais em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	104
Quadro 7	Relatos de procedimentos adotados por Visas municipais ao serem informadas sobre a existência de Epaf clandestinos (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	105
Quadro 8	Relatos sobre denúncias como a principal forma de identificação de Epaf clandestinos (entrevistados das Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	106
Quadro 9	Relatos sobre a necessidade de amparo policial em estabelecimentos ilegais (entrevistados das Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	108
Quadro 10	Relatos sobre preocupação quanto aos Epaf clandestinos (entrevistados das Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	109

Quadro 11	Relatos quanto às dificuldades para as ações em Epaf clandestinos (entrevistados das Visas municipais das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	110
------------------	--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Municípios que constituem a amostra e respectiva estimativa populacional para 2013	40
Tabela 2	Número de profissionais e de fiscais sanitários nas Visas Municipais e quantidade por 10 mil habitantes	46
Tabela 3	Quantidade total e percentual das Visas Municipais do Estado do Rio de Janeiro que dispunham dos materiais indicados pelo “Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária” (ANVISA, 2007b) para as ações em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado)	54
Tabela 4	Instrumentos legais e respectivo ano de promulgação citados pelas Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro	69
Tabela 5	Legislações ou Manuais utilizados pelas Visas municipais para as ações de inspeção sanitária em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitana I e II do Estado do Rio de Janeiro)	70
Tabela 6	Visas que atuam em Epaf e dispõem de instrumentos legais municipais aplicáveis a tais estabelecimentos (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	76
Tabela 7	Legislações estaduais utilizadas pelas Visas municipais para as ações de inspeção sanitária em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	77
Tabela 8	Legislações ou manuais federais utilizados pelas Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro para as ações de inspeção sanitária em Epaf	80
Tabela 9	Resumo dos principais achados referentes à atuação das Visas municipais em Epaf e aos instrumentos por elas utilizados	84

Tabela 10	Visas municipais e respectivos critérios (prévios) utilizados para a realização da inspeção sanitária em estabelecimentos diversos (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	86
Tabela 11	Principais critérios (prévios) para a realização da inspeção sanitária em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	88
Tabela 12	Exigências das Visas municipais para a concessão de licença sanitária a Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitana I e II do Estado do Rio de Janeiro)	90
Tabela 13	Quantitativo de Epaf inspecionados pelas Visas municipais em 2012 e regularizados junto às mesmas (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	91
Tabela 14	Número de Epaf que apresentaram irregularidades junto às Visas 01 e 04 em 2012	93
Tabela 15	Tipos de Epaf regularizados junto a Visas municipais do Estado do Rio de Janeiro (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II)	95
Tabela 16	Principais eventos encontrados pelos fiscais sanitários durante as inspeções sanitárias em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)	98
Tabela 17	Classificação quanto ao tipo de risco dos principais eventos encontrados pelos fiscais sanitários durante as inspeções sanitárias em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro; n = 16)	100

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BOF	Boletim de Ocupação e Funcionamento
<i>C. albicans</i>	<i>Candida albicans</i>
Confef	Conselho Federal de Educação Física
Cref	Conselho Regional de Educação Física
Cref-1	Conselho Regional de Educação Física das regiões do RJ e ES
dB	Decibel (decibéis, nos plural)
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EpaF	Estabelecimento(s) Prestador(es) de Atividade Física
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MRSA	<i>Methicillin-resistant S. aureus</i> (<i>S. aureus</i> resistente à meticilina)
MS	Ministério da Saúde
MSEE	Morte Súbita no Exercício e no Esporte
MSSA	<i>Methicillin-sensitive S. aureus</i> (<i>S. aureus</i> sensível à meticilina)
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
Nasf	Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família
NBR	Norma Brasileira ¹
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
<i>P. aeruginosa</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Pair	Perda Auditiva Induzida por Ruído
RIS	Roteiro(s) de Inspeção Sanitária
<i>S. aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>
SBME	Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte
Sebrae	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

¹ NBR é uma abreviação adotada pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas)

SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
Visa(s)	Vigilância Sanitária [Órgão(s)]

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	18
1.1.1. Fatores de risco para as DCNT e formas de prevenção	19
1.1.2. Estratégias da OMS e do Governo Federal para o enfrentamento às DCNT	19
1.2. ATIVIDADE FÍSICA E ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE ATIVIDADE FÍSICA	22
1.2.1. Profissional de Educação Física	22
1.2.2. Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física	23
1.2.3. Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física (Epaf) – Definição, situação no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro	24
1.2.4. Estrutura convencional de um Epaf	26
1.2.5. Risco em Epaf	27
1.3. VIGILÂNCIA SANITÁRIA	30
1.3.1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)	31
1.3.2. Funções das Visas estaduais	31
1.3.3. Funções das Visas municipais	32
1.3.4. Descentralização das ações de vigilância sanitária	33
1.3.5. Inspeção sanitária	33
1.4. RIO DE JANEIRO: ESTADO, SUB-REGIÕES E MUNICÍPIOS	36
2. OBJETIVOS	38
2.1. Objetivo geral	38
2.2. Objetivos específicos	38
3. MATERIAIS E MÉTODOS	39
3.1. Tipo de pesquisa	39
3.2. População e amostra	39
3.3. Levantamento das sub-regiões do Estado do RJ e da população dos municípios	40

3.4.	Elaboração e características do questionário	41
3.5.	Teste piloto	41
3.6.	Entrevista com aplicação do questionário	41
3.7.	Análise e apresentação dos dados	42
3.8.	Procedimentos para o levantamento das legislações e dos roteiros de inspeção	43
3.9.	Procedimentos para análise das legislações levantadas	43
3.10.	Procedimentos para análise dos RIS	44
3.11.	Sigilo	44
4.	RESULTADOS	45
4.1.	RECURSOS HUMANOS E INSTRUMENTOS DE TRABALHO	45
4.1.1.	Recursos humanos	45
4.1.2.	Formação dos profissionais que compunham as Visas municipais	47
4.1.3.	Equipe de fiscais sanitários que participavam das ações em Epaf	49
4.1.4.	Capacitação profissional	51
4.1.5.	Instrumentos de trabalho para as ações de vigilância sanitária	53
4.1.5.1.	<i>Roteiro de inspeção sanitária (RIS)</i>	55
4.2.	LEGISLAÇÃO E CRITÉRIOS PARA INSPEÇÃO SANITÁRIA	68
4.2.1.	Código Sanitário Municipal	68
4.2.2.	Legislações utilizadas em Epaf	69
4.2.2.1.	<i>Legislações municipais</i>	70
4.2.2.2.	<i>Legislações estaduais</i>	76
4.2.2.3.	<i>Legislações ou Manuais de cunho federal</i>	79
4.2.2.3.1.	<i>Manual para ações em Epaf (ANVISA, 2009)</i>	82
4.2.3.	Inspeção sanitária	83
4.2.4.	Resumo dos principais achados sobre a atuação e os instrumentos utilizados pelas Visas municipais em Epaf	83
4.2.5.	Critérios prévios à inspeção sanitária em estabelecimentos diversos	85
4.2.6.	Critérios prévios à inspeção sanitária em Epaf	87

4.2.7. Exigências das Visas municipais para a concessão da licença sanitária a Epaf	89
4.2.8. Epaf inspecionados e regularizados juntos às Visas municipais	91
4.2.9. Critérios estabelecidos em legislações municipais (específicos para Epaf)	96
4.3. RISCO EM EPAF	98
4.4. PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO ÀS AÇÕES DA VISA MUNICIPAL E QUANTO AOS EPAF NÃO LEGALIZADOS	102
4.4.1. Percepção dos entrevistados quanto às ações de vigilância sanitária em Epaf	102
4.4.2. Percepção dos entrevistados em relação aos Epaf clandestinos	105
5. DISCUSSÃO	111
6. CONCLUSÕES	134
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO APLICADO	148
APÊNDICE B: QUADRO DE LEGISLAÇÕES, NORMAS E MANUAIS DIRETA OU INDIRETAMENTE ASSOCIADOS À DESCENTRALIZAÇÃO E ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM EPAF	154
APÊNDICE C: SEÇÕES E RESUMO DO MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA EM ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE ATIVIDADE FÍSICA E AFINS, PROPOSTO PELA ANVISA (2009)	159
APÊNDICE D: RELATO SOBRE ACADEMIAS DE LUTAS/ARTES MARCIAIS E DE DANÇA	162
APÊNDICE E: LEGISLAÇÕES E RESPECTIVAS EXIGÊNCIAS UTILIZADAS POR UMA VISA MUNICIPAL PARA O CONTROLE SANITÁRIO EM EPAF	163
APÊNDICE F: RELATO SOBRE RISCO SANITÁRIO EM EPAF	165

1. INTRODUÇÃO

1.1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças classificadas como multifatoriais, ou seja, podem ser causadas por diversos fatores. Os quatro principais grupos de DCNT são: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes (BRASIL, 2011b, 2011c; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Globalmente, as DCNT são as principais causas de óbito, sendo responsáveis pela morte anual de mais pessoas do que todas as outras causas de mortalidade combinadas (BRASIL, 2005b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 63% (36 milhões) de óbitos ocorridos em todo o mundo, em 2008, foram decorrentes de DCNT; projeções dessa mesma Organização demonstram um aumento global de 15% das mortes causadas por tais doenças entre 2010 e 2020, alcançando 44 milhões de mortes por ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Assim como em outros países, nas últimas décadas ocorreram inúmeras mudanças no Brasil, tais como: transição demográfica (caracterizada pelo aumento da população idosa), transição nutricional (caracterizada pela industrialização de alimentos e maior consumo de produtos processados) e mudanças no estilo de vida – como exemplo, o aumento da inatividade física em uma elevada parcela da população brasileira (BRASIL, 2011b; MALTA et al., 2009a; PAIM et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011). Tudo isso contribuiu para a ocorrência da transição epidemiológica, havendo redução da mortalidade causada por doenças infecciosas e parasitárias e aumento significativo das mortes causadas por DCNT (BRASIL, 2005a, 2011b; PAIM et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011), as quais são responsáveis por cerca de 72% da mortalidade nesse País, além de estarem entre as principais causas de internações hospitalares (BRASIL, 2011b).

Essas doenças tendem a ocorrer naturalmente com o envelhecimento (MATSUDO S.; MATSUDO V.; BARROS NETO, 2000); porém, sua prevalência vem aumentando em pessoas mais jovens, gerando perda de qualidade de vida, mortes prematuras, impactos econômicos diversos e contribuindo para o agravamento de iniquidades e aumento da pobreza (BRASIL, 2011b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Aproximadamente

25% das mortes causadas por essas doenças ocorrem em pessoas com menos de 60 anos de idade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

1.1.1. Fatores de risco para as DCNT e formas de prevenção

Evidências científicas mostram a associação entre maus hábitos comportamentais e o surgimento de DCNT. Os principais fatores de risco para os quatro principais grupos dessas doenças são: tabagismo, alcoolismo, inatividade física e hábitos alimentares inadequados (BRASIL, 2011b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Dentre os fatores de risco, a inatividade física é considerada o quarto fator responsável pela mortalidade no mundo – cerca de 3,2 milhões de mortes anuais são decorrentes do fator em questão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, 2011), que está aumentando em muitos países com elevada prevalência de DCNT e, em geral, em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Além das mortes por inatividade física, pelo menos 2,8 milhões de pessoas morrem todo ano devido a condições de sobrepeso ou obesidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

As DCNT podem ser prevenidas através da aquisição de um estilo de vida saudável. Para tanto, a OMS e seus países membros, dentre eles o Brasil, vêm desenvolvendo estratégias para a prevenção e o controle do aumento considerável dessas doenças (BRASIL, 2011b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, 2010, 2011).

1.1.2. Estratégias da OMS e do Governo Federal para o enfrentamento às DCNT

Na linha de incentivo à prática de atividade física, em 2004 a OMS publicou estratégias globais sobre dieta, atividade física e saúde; em 2008, desenvolveu um plano de ações para as estratégias globais na prevenção e controle das DCNT; em 2010, publicou recomendações globais sobre a atividade física associada à saúde; já em 2011, divulgou um relato da situação mundial das DCNT (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004, 2008, 2010, 2011). Em todas as ações da OMS em relação à saúde geral de indivíduos e da coletividade, é nítido o estímulo à prática regular de atividade física, nas diversas faixas etárias e nas mais variadas formas de atividades corporais.

No Brasil, em agosto de 2011 foi elaborado pelo Ministério da Saúde o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil - para o período de 2011 a 2022”, que tem como objetivo:

Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. (BRASIL, 2011b, p. 07)

Esse Plano (BRASIL, 2011b) define diretrizes e ações em três eixos: i) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; ii) promoção da saúde; e iii) cuidado integral. No eixo Promoção da Saúde, o Plano apresenta ações associadas à atividade física, alimentação saudável, tabagismo, alcoolismo e envelhecimento ativo.

As principais ações relacionadas à prática de atividade física, citadas no referido Plano, são: i) Programa Academia da Saúde – criado através da Portaria (MS) nº 719, de 07 de abril de 2011 (BRASIL, 2011a), visa a construção de espaços saudáveis, que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a prática de atividade física, em articulação com a atenção primária à saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS); e ii) Programa Saúde na Escola (PSE) – Instituído pelo Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a), através da intersetorialidade entre os Ministérios da Saúde e da Educação, visa o incentivo a hábitos saudáveis a partir do ambiente escolar. Além dessas ações, outras estratégias do Governo Federal são: desenvolvimento de práticas esportivas nas Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC); Reformulação de espaços urbanos saudáveis; e campanhas de comunicação em articulação com grandes eventos, tais como: Copa do Mundo de Futebol e Olimpíadas (BRASIL, 2011b).

A transição demográfica contribui naturalmente para o desenvolvimento de DCNT (BRASIL, 2011a, 2011b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011), devido às alterações antropométricas, neuromotoras e metabólicas, decorrentes do processo de envelhecimento (MATSUDO S.; MATSUDO V.; BARROS NETO, 2000). Por isto, no Plano de ações do Governo Federal também há ações estratégicas voltadas para a população idosa – sendo o incentivo à prática regular de atividade física uma dessas ações (BRASIL, 2011b).

Apesar do público alvo das ações do governo não ser, possivelmente, o mesmo público que frequenta estabelecimentos privados específicos para a prática de atividades

físicas (como academias de ginástica e clubes poliesportivos, por exemplo), ressalta-se a importância de tais estabelecimentos estarem adequadamente estruturados – inclusive com profissionais habilitados e capacitados – para a recepção dos seus alunos/clientes, novos ou veteranos. Daí a importância do efetivo controle sanitário nesses estabelecimentos.

1.2. ATIVIDADE FÍSICA E ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE ATIVIDADE FÍSICA

Evidências científicas comprovam que praticar atividade física regularmente gera inúmeros benefícios à saúde, dentre os quais: i) prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, câncer de cólon e de mama, osteoporose, dislipidemia, obesidade, hipertensão, entre outros; ii) diminuição do estresse, ansiedade, depressão e da incidência de mortes prematuras; iii) aumento da autoestima e da sensação de bem-estar; e iv) melhorias no convívio social (BRASIL, 2006a, 2006b; COLBERG et al., 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, 2011). Desse modo, já é bem estabelecido pela comunidade científica que a prática regular de atividade física contribui para a prevenção e o controle de DCNT (BRASIL, 2011b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, 2011). Em função disto, nos últimos anos tem havido enorme incentivo à referida prática (BRASIL, 2011b; MALTA et al., 2009b).

1.2.1. Profissional de Educação Física

Ao profissional de educação física compete:

Coordenar, planejar, programar, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, bem como prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do desporto. (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998, art. 3º)

Apesar de muitas pessoas ainda associarem esse profissional unicamente aos ambientes escolar e desportivo, desde 1997, através da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o profissional de educação física é qualificado como um profissional da saúde (BRASIL, 1997).

O reconhecimento da importância do profissional de educação física para a prevenção de doenças e promoção de saúde, através do planejamento e da condução dos exercícios físicos específicos aos diferentes grupos etários, levando-se em consideração as capacidades físicas e funcionais de cada indivíduo, deu-se em 2008 – através da Portaria Federal (MS) nº 154. Após a publicação dessa Portaria, houve a entrada desses profissionais na rede do SUS,

podendo atuar em conjunto com as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (BRASIL, 2008; DOMINGUEZ, 2011).

Ainda no âmbito do SUS, o Programa Academia da Saúde, já citado anteriormente, reforça a importância de equipes multidisciplinares na estratégia da promoção de saúde à população, incluindo o profissional de educação física como um forte contribuinte para a aquisição dos objetivos estipulados pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2011a, 2011b; MALTA et al., 2009b).

1.2.2. Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física

O Conselho Federal de Educação Física (Confef) – entidade responsável pela fiscalização e regulamentação da Profissão de Educação Física – localiza-se no Rio de Janeiro/RJ e tem atuação em todo o País. Já os Conselhos Regionais de Educação Física (Crefs) localizam-se na capital de um dos estados por ele abrangido ou no Distrito Federal, com atuação em um ou mais estados. Criados pela Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998, ambos são autarquias especiais, apresentando personalidade jurídica e autonomia administrativa, financeira e patrimonial, organizando-se federativamente como Sistema Confef/Crefs (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998, 2010).

O Sistema Confef/Crefs é coordenado pelo Confef e deve regular, regulamentar, fiscalizar e orientar o exercício profissional. Tudo isto para “defender os interesses da sociedade em relação aos serviços prestados pelo profissional de educação física e pelas pessoas jurídicas nas áreas de atividades físicas, desportivas e similares” (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2010). Assim, a finalidade do Confef é proteger a sociedade, através do controle da qualidade dos serviços prestados por profissionais de educação física – seja em Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física (EPAF) ou em outros ambientes de atuação desses profissionais. Dentre outras funções, o Sistema Confef/Crefs deve estabelecer as diretrizes da fiscalização do exercício profissional em âmbito nacional (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2010).

Os Crefs têm por finalidade “promover os deveres e defender os direitos dos profissionais de educação física e das pessoas jurídicas que neles estejam registrados”, devendo “zelar pela qualidade dos serviços profissionais oferecidos à sociedade”. Para isto,

dentre outras funções, fiscalizam os requisitos associados ao exercício profissional das pessoas física e jurídica junto a ele e ao Confef, além de verificar o cumprimento da Lei nº 9.696/98 (além de criar o Confef e os Crefs, esta Lei estabelece as competências do Profissional de Educação Física) e das resoluções e normas baixadas pelo Confef (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998, 2010).

1.2.3. Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física (Epaf) – Definição, situação no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física (Epaf) são “Pessoas jurídicas prestadoras de serviços na área de atividades físicas, desportivas e similares, cujo objeto da sua constituição seja a promoção e o desenvolvimento dessas atividades” (ANVISA, 2009). Deste modo, inserem-se nessa definição as academias de ginástica, de artes marciais, de dança, de natação, entre outros.

Segundo Capinissú (2006), academia de ginástica:

pode ser entendida nos dias presentes mais apropriadamente como uma Entidade de Condicionamento Físico, Iniciação e Prática Esportiva de Cunho Privado. Porém, historicamente, a conotação brasileira para o termo “academia” tem sido usado aposto a empreendimentos de ensino de ginástica, balé, danças, musculação e halterofilismo, lutas, ioga, natação e atividades físicas de um modo geral, além do sentido principal e tradicional de sociedade ou agremiação de caráter científico, literário ou artístico. Assim entendida, “academia” por vezes expressa sentido de ginásio, centro, espaço, estúdio, escola de natação e até mesmo de clube, aproximando-se da origem grega da palavra que se relacionava a um local de práticas de ginástica e de atividades lúdicas em meio a transações filosóficas. Com este sentido, Platão em 378 a.C. fundou a sua Academia, assim denominada em homenagem ao herói ateniense Academos. (p. 174)

No Brasil, apesar do primeiro registro de academia de ginástica ter ocorrido no final do século XIX (CAPINISSÚ, 2006), apenas a partir da segunda metade do século XX – nas décadas de 1970 e 1980 – tal segmento começou a ganhar mais adeptos e se expandir mais vigorosamente pelo País (COELHO FILHO, 2000). Devido a um modelo delineado a partir

da década de 1940, atualmente as academias de ginástica possuem caráter eclético, pois contemplam inúmeras atividades (CAPINISSÚ, 2006).

Paralelamente ao incentivo à prática de atividade física, nos últimos 10 (dez) anos houve um grande aumento do número de Epaf no Brasil. Conforme pesquisa realizada pelo Instituto Data Popular (2010, *apud* BRASIL..., 2011b), as academias de ginástica multiplicaram-se em 21 (vinte e uma) vezes e transformaram o País na segunda Nação com maior número desse tipo de estabelecimento – enquanto em 2000 havia apenas 797 academias em todo o território nacional, em 2010 este número aumentou para mais de 16 mil. De acordo com o Confef², esse número alcançou, ao final de 2013, um total de 27.869 academias registradas em todo o País. Nesse ranking, o Brasil é superado apenas pelos Estados Unidos (BRASIL..., 2011a; INTERNATIONAL HEALTH, RACQUET & SPORTSCLUB ASSOCIATION, 2013).

No Estado do Rio de Janeiro, até julho de 2011 havia 1.276 Epaf registrados³. Um estudo feito nesse Estado, em 2009, pela Associação Brasileira de Academias (Acad) em uma amostra de 310 Epaf, focando municípios da região metropolitana, mostrou que quase 70% desses estabelecimentos não prestam apenas serviços associados à atividade física, mas também outros serviços terceirizados, tais como: lanchonete, butiques e até centros de estética, reforçando a necessidade do controle sanitário em Epaf (RAIO X..., 2009). Esse mesmo estudo mostrou que crianças e idosos já frequentavam mais da metade das academias pesquisadas (RAIO X..., 2009). De acordo com a OMS, todas as faixas etárias, quando adequadamente orientadas, são beneficiadas pela prática regular de atividade física, mesmo crianças e idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Contudo, os ambientes devem ser propícios à prática dos exercícios e os profissionais devem ser capacitados e habilitados para a execução de suas funções, tornando-se imprescindível o controle do funcionamento desses estabelecimentos, dos seus profissionais e dos diversos procedimentos utilizados nas disposições desses locais (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998, 2002).

² Confef – Informação obtida em 13/jan./2014, através de resposta à solicitação formal de informação para pesquisa.

³ Confef – Informação obtida em julho/2011, através de resposta à solicitação de informação para pesquisa, enviada por *e-mail*.

Além da expansão do número de Epaf em todo o País, a procura por treinamentos ao ar livre, através da contratação, ou não, de serviços prestados por profissionais de educação física em locais públicos – como praias, por exemplo – vem crescendo, principalmente na orla do Rio de Janeiro (AMARAL, 2012; MEINICKE, 2013). Quando uma pessoa opta por atividades físicas orientadas, estas consistem na supervisão de profissionais habilitados para a prestação de tais serviços, através de uma empresa (pessoa jurídica) ou não (pessoa física). Contudo, infelizmente há casos de indivíduos que exercem ilegalmente a competência dos profissionais de Educação Física (ou *personal trainers*), expondo em risco a população usuária de tais serviços. Recentemente, o Cref correspondente às localidades dos Estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo (Cref-1) fiscalizou, sob o nome de Operação Praia Legal, vários pontos localizados em praias do município de Niterói e da Zona Sul do município do Rio de Janeiro. Nessa operação, 19 pessoas não habilitadas foram flagradas ministrando aulas ilegalmente. Por este motivo, responderão por exercício ilegal da profissão (CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA/RJ-ES, 2014).

1.2.4. Estrutura convencional de um Epaf

De acordo com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae), a estrutura ideal mínima de que um Epaf (academia de ginástica) deve dispor é uma área de aproximadamente 250 m², que contemple: recepção; sala de administração; sala de avaliação ou departamento médico; sala polivalente para aquecimento, condicionamento, alongamento, entre outros; sala para aulas de ginástica; sala de musculação; vestiários masculinos e femininos; duchas e armários; lanchonete e loja para a venda de produtos do ramo. Estes dois últimos, somente se a empresa estiver autorizada a comercializar produtos (SEBRAE, 2013).

Através da Resolução nº 52, de 08 de dezembro de 2002, o Confef estabelece normas básicas de fiscalização da estrutura física e equipamentos para funcionamento de Epaf. De modo geral, essa Resolução estabelece parâmetros de higiene e segurança, aos quais esses estabelecimentos devem se enquadrar, para assegurar a qualidade nos serviços prestados e a proteção da integridade dos seus usuários e funcionários. Em resumo, tal Resolução aborda questões documentais e condições das instalações dos equipamentos e estruturas físicas desses estabelecimentos, englobando critérios para: área de atividades aquáticas; área comum dos vestiários; aparelhos e equipamentos fixos para a prática de exercícios físicos; salas para

práticas de exercícios físicos, sem aparelhos/equipamentos fixos; áreas destinadas à prática de outras atividades físicas e similares (quadras, campos e canchas⁴); alambrados, cercas e redes de proteção.

Um Epaf que preste serviços de ginástica(s) e musculação deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos (SEBRAE, 2013): esteiras, bicicletas ergométricas, halteres, barras, kit anilhas, porta barras, banco supino, peitoral dorsal, máquina flexora, adutor/abdutor, abdominal com carga, remada com carga, cadeira romana, *pull over*, *pec-deck*, *cross trainers*, *leg press*, *step*, colchonetes, cordas, bebedouros e aparelhagem de som, além de móveis e outros equipamentos necessários para o empreendedorismo do estabelecimento.

O empreendedor de Epaf não necessita ser formado em Educação Física. Contudo, o responsável técnico e os professores devem ter essa formação e estar habilitados – registrados junto ao Conselho profissional. Cabe ao responsável técnico gerenciar as modalidades e os profissionais que trabalham no estabelecimento, além de verificar as condições dos equipamentos e materiais a serem utilizados durante as atividades (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998; SEBRAE, 2013).

1.2.5. Risco em Epaf

De acordo com Costa (2000), Risco:

É usado nas acepções da linguagem comum e no sentido epidemiológico. Diz respeito à probabilidade de ocorrência de eventos adversos relacionados a objetos submetidos a controle sanitário. O termo risco começou a aparecer no Código Sanitário de 1961, empregado erroneamente como risco da saúde. Refere-se à saúde do homem, mas também às dos animais e das plantas⁵. (p. 46)

Segundo a Anvisa (2013), risco sanitário é “a probabilidade que os produtos e serviços têm de causar efeitos prejudiciais à saúde das pessoas e das coletividades”. Ainda segundo Costa (2000), o termo risco, por ser complexo, tem sido utilizado com diferentes significados.

⁴ Cancha: Terreno próprio para as corridas de cavalos; pista, raia; campo de futebol. Disponível em <<http://www.dicio.com.br/cancha>> Acessado em: 09/Jan./2014.

⁵ O Código Sanitário ao qual Costa (2000) se retrata é o Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961, que regulamenta o Código Nacional de Saúde.

Em função da ampla abrangência e da complexidade existente quanto à definição de risco e consequente dificuldade em categorizar/classificar os riscos em Epaf – classificação esta que facilitaria a elaboração de medidas de prevenção de risco e de agravos à saúde, a serem adotadas nesses estabelecimentos – a referência que melhor se aplica é a classificação de acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), através da Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Esta Portaria classifica os riscos em cinco tipos: riscos de acidentes, riscos físicos, riscos químicos, riscos biológicos e riscos ergonômicos (BRASIL, 1978).

Riscos de acidentes – São causados por qualquer fator que exponha o indivíduo em situação vulnerável e que possa afetar sua integridade, seu bem estar físico e psíquico. Alguns exemplos são: probabilidade de incêndio e explosão, arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, iluminação inadequada e eletricidade (BRASIL, 1978, 1994b).

Riscos físicos – São causados pela exposição às diversas formas de energia, tais como: ruído, vibrações, temperaturas extremas, umidade, radiações ionizantes ou não ionizantes, entre outros (BRASIL, 1978, 1994b).

Riscos químicos – São eventos caracterizados por agentes químicos (substâncias, compostos ou produtos) que possam ser absorvidos pelo organismo através da pele ou ingestão (BRASIL, 1978, 1994b, 2011d).

Riscos biológicos – Estão associados à contaminação devido à exposição por qualquer um dos agentes biológicos: bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros (BRASIL, 1978, 1994b, 2011d).

Riscos Ergonômicos – Estão associados a fatores que possam interferir nas condições psicofisiológicas do indivíduo, de modo a causar-lhe desconforto ou afetar sua saúde. Situações causadoras de stress físico e/ou psíquico, tais como: postura inadequada, levantamento e transporte manual de peso são alguns exemplos (BRASIL, 1978, 1994b, 2007b).

Os Epaf devem estar regularmente registrados junto ao Sistema Confef/Crefs – Conselhos Federal e Regionais de Educação Física, respectivamente (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998, 2010). Além disto, Epaf são estabelecimentos que prestam serviços associados à saúde e, por este motivo, são submetidos à legislação sanitária em vigor, cabendo aos respectivos órgãos de vigilância sanitária controlar e fiscalizar

as condições de funcionamento desses estabelecimentos, com o objetivo de prevenir a população de possíveis danos e agravos à saúde (BRASIL, 1990; RIO DE JANEIRO, 2010b; SEBRAE, 2010).

1.3. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A vigilância sanitária é um dos campos da saúde pública, sendo definida como:

Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: i) o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e ii) o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL, 1990)

Guiada pelos problemas de saúde a serem prevenidos e controlados (LOPES C; LOPES F, 2008), a vigilância sanitária lida constantemente com a avaliação e o gerenciamento do risco sanitário (ANVISA, 2007a), sendo capaz de intervir nos fatores determinantes para o processo saúde-doença (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

De acordo com Lucchese (2008),

Em síntese, a vigilância sanitária exerce um papel importante para a estruturação do SUS, principalmente em vista de sua ação regulatória sobre produtos e insumos terapêuticos de interesse para a saúde, de sua ação normativa e fiscalizatória sobre os serviços prestados e de sua permanente avaliação e prevenção do risco à saúde.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é integrado por: i) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); ii) órgãos de vigilância sanitária (Visas) estaduais; iii) Visas municipais; iv) Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, no âmbito da vigilância sanitária; e v) sistemas de informação de vigilância sanitária (BRASIL, 1999).

Nas diferentes instâncias do governo, a vigilância sanitária tem autonomia para criar mecanismos para a realização do controle sanitário no seu âmbito de atuação (BRASIL, 1990; COSTA; ROZENFELD, 2000) – dentre os quais, normatizar as ações de vigilância sanitária nos diversos tipos de estabelecimento (RIO DE JANEIRO, 2010b, 2010c).

1.3.1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

A Anvisa tem como finalidade:

Promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras. (BRASIL, 1999)

Dentre diversas outras funções, compete à Anvisa: definir e coordenar o SNVS; “estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária”; e “respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública” (BRASIL, 1999).

1.3.2. Funções das Visas estaduais

A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, – denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS) – estabelece, dentre outras providências, a descentralização das ações de saúde para as diferentes esferas do governo, através da regionalização e municipalização das ações. Desta forma, cabe às Visas estaduais: “promover a descentralização das ações de vigilância sanitária para os municípios”, além de “coordenar e, em caráter complementar, executar as ações e serviços de vigilância sanitária” (BRASIL, 1990).

No Estado do Rio de Janeiro, a Visa Estadual estabelece parâmetros mínimos para que os municípios realizem a descentralização das ações de vigilância sanitária⁶. Tais critérios são embasados na Resolução Estadual nº 1.335, de 13 de agosto de 2010, que aprova os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do referido Estado. Os parâmetros e requisitos mínimos são (RIO DE JANEIRO, 2010c):

I. Estrutura legal – Dentre outros quesitos, os municípios devem possuir:

i) instrumento legal de criação da vigilância em saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – com competências e atribuições que abranjam as áreas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador –, além de

⁶ Informação obtida durante reunião na Visa Estadual/RJ, realizada no dia 24 de outubro de 2012.

ii) código sanitário municipal; devendo esses 2 (dois) quesitos serem publicados em Diário Oficial Municipal.

II. Equipe mínima – Os municípios devem ser constituídos por equipes multidisciplinares capazes de realizarem ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental e vigilância em saúde do trabalhador. Tais equipes poderão ser compostas por farmacêuticos, médicos, engenheiros, biólogos, sanitaristas e outros profissionais de interesse ao desenvolvimento das ações a serem realizadas, de acordo com as específicas áreas do conhecimento.

III. Infraestrutura básica – Deve haver: i) espaço físico suficiente para comportar a equipe técnica, os móveis e os equipamentos; ii) linha telefônica, fax, acesso à internet banda larga; iii) equipamentos de informática; iv) veículos de passeio e veículos especiais para atividades de campo (aptos para transportar materiais biológicos, inseticidas etc.); entre outros requisitos.

1.3.3. Funções das Visas municipais

A Constituição Federal (CF) prevê que os serviços de atendimento à saúde da população sejam prestados pelos municípios, sob cooperação técnica e financeira da União e do Estado (BRASIL, 1988). Uma das competências de âmbito municipal é a execução de serviços de vigilância sanitária (BRASIL, 1990). Compete, ainda, aos municípios “legislar sobre assuntos de interesse local”, além de “suplementar a legislação federal e estadual no que couber” (BRASIL, 1988).

Assim, os municípios devem assumir e consolidar as ações de vigilância sanitária em seu âmbito de atuação, definindo as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária (BRASIL, 1990; COSTA; ROZENFELD, 2000). Cabe às Visas municipais – sob coordenação da respectiva SMS – controlar e fiscalizar as condições higienicossanitárias em diversos tipos de estabelecimentos (RIO DE JANEIRO, 2010b).

Em outubro de 2010, no Estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (Sesdec) publicou a Resolução nº 1.411. Revogando diversas outras resoluções que dispunham sobre as competências municipais na área da saúde, esta Resolução delega às

SMS competências para a concessão, revalidação, cassação de licença de funcionamento e, também, inspeção sanitária em estabelecimentos prestadores de serviços associados à saúde, inclusive em “(...) Academias de ginástica, musculação, condicionamento físico e congêneres”, ou seja: Epaf (RIO DE JANEIRO, 2010b).

1.3.4. Descentralização das ações de vigilância sanitária

Conforme já citado, de acordo com a LOS (BRASIL, 1990), as ações em saúde, inclusive as ações em vigilância sanitária, devem ser descentralizadas para as diferentes esferas do governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 1999).

Resultante da necessidade da implementação do processo de descentralização e da definição das responsabilidades sanitárias, em 2006 foi publicada a Portaria (MS) nº 399, que divulga o Pacto pela Saúde, consolidando o SUS e aprovando as diretrizes operacionais para o referido pacto. De acordo com esta Portaria, é preciso “avançar na regionalização e descentralização do SUS” (BRASIL, 2006d).

1.3.5. Inspeção sanitária

A inspeção sanitária, comumente chamada de fiscalização sanitária, pode ser definida como “Fiscalização efetuada pela autoridade sanitária, para verificar as condições de instalações, equipamentos, recursos humanos, processos e o cumprimento dos procedimentos previstos nos seus manuais técnicos e na legislação sanitária pertinente” (RIO DE JANEIRO, 2010b).

De acordo com Costa (2003, *apud* COSTA 2009), a inspeção sanitária é:

(...) uma prática de observação sistemática, orientada por conhecimento técnico-científico, destinada a examinar as condições sanitárias de estabelecimentos, processos, produtos, meios de transporte e ambientes e sua conformidade com padrões e requisitos da Saúde Pública que visam a proteger a saúde individual e coletiva.

O fiscal sanitário é um importante ator no processo de fiscalização sanitária, contribuindo para o controle e a manutenção da qualidade dos produtos comercializados e dos

serviços prestados na área da saúde. Com poder de polícia (administrativa), ao realizar uma inspeção sanitária, o fiscal deverá se orientar pela legislação que norteia o tipo de estabelecimento ao qual será incumbido de inspecionar (ANVISA, 2002a; GONÇALVES, 2009).

De acordo com o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVS), nas diferentes esferas do governo os profissionais que atuam em vigilância sanitária devem ser adequadamente qualificados. Além disso, deve haver o “desenvolvimento de processos e instrumentos de avaliação dos serviços e das ações de vigilância sanitária” (ANVISA, 2007a).

Durante a inspeção sanitária, um dos instrumentos utilizados pelos fiscais é o roteiro de inspeção sanitária (RIS); este contém “itens a serem analisados durante uma inspeção sanitária, permitindo avaliar o serviço, produto, equipamentos ou condições do ambiente e trabalho, quanto ao grau de risco que podem oferecer à saúde dos indivíduos ou da população” (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

De acordo com Rozenfeld e Costa (2000), “a instrumentalização legal é condição para o exercício de diversas práticas de vigilância sanitária, devido à natureza jurídico-política de sua intervenção, disciplinadora da vida em sociedade, e aos aspectos técnico-sanitários”.

Todos os estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária estão sujeitos às infrações dispostas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 (BRASIL, 1977). Esta Lei estabelece, dentre outras providências, que as infrações sanitárias cometidas por estabelecimentos sejam punidas através de penalidades que vão desde advertência até cancelamento da autorização para funcionamento da empresa. Essa Lei também classifica as infrações sanitárias em três tipos (BRASIL, 1977): i) leve (quando o infrator é beneficiado por circunstância atenuante); ii) grave (quando uma circunstância agravante é verificada); e iii) gravíssima (quando há duas ou mais circunstâncias agravantes).

Para orientar os estados e municípios no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, em abril de 2007 a Anvisa publicou o Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária. Neste protocolo há orientação quanto à execução das ações de vigilância sanitária em diversos tipos de estabelecimento e quais são os materiais indicados para a realização dessas ações. De acordo com este Protocolo (ANVISA, 2007b), alguns materiais são necessários para a realização da inspeção sanitária em Epaf:

- Pasta com identificação da Visa municipal;
- Prancheta (opcional);
- Caderno ou bloco de anotações;
- Caneta (de tinta azul ou preta);
- Roteiros de inspeção sanitária (impressos);
- Autos de intimação (impressos);
- Autos de infração e de coleta (impressos);
- Lacre para interdição;
- Legislação pertinente (impressa);
- Turbidímetro⁷;
- Clorímetro⁸;
- Peagâmetro⁹;
- Frascos estéreis e não estéreis.

Em decorrência da relevância da descentralização das ações e do controle sanitário em Epaf, em dezembro de 2009 a própria Anvisa publicou o “Manual de Orientações Para Fiscalização Sanitária em Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física e Afins”. A equipe que participou da elaboração desse Manual objetivou:

(...) compilar e sistematizar normas em vigor para constituição de recomendação técnica que possa orientar a edição de legislação específica por serviços de vigilância sanitária de estados e municípios, para regulamentação das atividades de vigilância sanitária em estabelecimentos prestadores de serviços em atividade física, desportiva e similares. (ANVISA, 2009, p.4)

Nesse Manual são contempladas normas em vigor, visando orientar – aos estados e municípios – a formulação de legislação sanitária específica aos Epaf e similares. Desta forma, apresenta diretrizes, indicadores e critérios para as ações de vigilância e fiscalização sanitária nos referidos tipos de estabelecimento.

⁷ Turbidímetro: Aparelho que permite medir a turbidez de um líquido. Disponível em <<http://www.dicio.com.br/turbidimetro/>> Acessado em 19/set/2013.

⁸ Clorímetro: Instrumento destinado a medir a concentração de cloro na água. Disponível em <<http://www.impac.com.br/clorimetro/medicaocloro/clorimetrodigitallutroncl2006.htm>> Acessado em 19/set/2013.

⁹ Peagâmetro (ou pHmetro): Equipamento utilizado para determinar a concentração de pH em variadas amostras. Disponível em <<http://www.splabor.com.br/blog/phmetro/entenda-o-funcionamento-de-um-phmetro/>> Acessado em 19/set/2013.

1.4. RIO DE JANEIRO: ESTADO, SUB-REGIÕES E MUNICÍPIOS

O Estado do Rio de Janeiro é habitado por mais de quinze milhões de pessoas e, apesar de ser o terceiro menor Estado brasileiro, é também o terceiro Estado mais populoso do País (IBGE, 2010). Esse Estado é composto por 92 municípios, que estão divididos em nove sub-regiões (CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2012), sendo:

I. Baía da Ilha Grande – Composta apenas por três municípios: Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty.

II. Baixada Litorânea – Composta por nove municípios: Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro D'aldeia e Saquarema.

III. Centro Sul – Composta por dez municípios: Areal, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras.

IV. Médio Paraíba – Composta por treze municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Comendador Levy Gasparian, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

V. Metropolitana I – Composta por doze municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica.

VI. Metropolitana II – Composta por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

VII. Noroeste – Composta por quatorze municípios: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre Sai.

VIII. Norte – Composta por oito municípios: Campos, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra.

IX. Serrana – Composta por dezesseis municípios: Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano Moraes.

De acordo com informações fornecidas pela Visa Estadual (RJ), para a realização das ações de vigilância sanitária, todos os municípios desse Estado recebem, desde 2007, o Piso Estruturante; já os municípios descentralizados recebem verbas adicionais (chamadas de Piso Estratégico) para a realização dessas ações. Até o final de 2012, havia um total de 32 (trinta e dois) municípios descentralizados nesse Estado, correspondendo a uma parcela de 35% dos municípios totais¹⁰.

Aproximadamente 80% de toda a população desse Estado concentra-se nas sub-regiões Metropolitana I e Metropolitana II, em um território ocupado por 19 municípios. Destes, ao final de 2012, sete eram descentralizados quanto às ações de vigilância sanitária¹¹.

Com tantas ações de incentivo à prática de atividade física, é necessário que os Epaf sejam adequadamente fiscalizados pelas Visas, para que haja controle e manutenção dos padrões higienicossanitários, da estrutura física do estabelecimento, das condições físico-químicas da água, questões documentais, entre outros, a fim de manter a salubridade e a qualidade dos serviços, contribuindo para diminuir a exposição e prevenir a ocorrência de riscos aos usuários e trabalhadores dos estabelecimentos em questão. Está previsto na Constituição Federal (CF) e disposto na Lei Orgânica da Saúde (LOS) como direito do cidadão a proteção, prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 1988, 1990). Tais ações constituem esse direito.

Ressalta-se que não foram achados estudos semelhantes a este na literatura científica. Deste modo, o presente estudo poderá contribuir com a Vigilância Sanitária – dando subsídios a outros estudos e à execução das ações nos estabelecimentos em questão.

¹⁰ Informações obtidas durante reunião na Visa Estadual/RJ, realizada no dia 24 de outubro de 2012.

¹¹ Informações obtidas durante reunião na Visa Estadual/RJ, realizada no dia 24 de outubro de 2012.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a legislação sanitária, os critérios, a atuação e os recursos dos órgãos de Vigilância Sanitária (Visas) para as ações em Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física (Epaf) em todos os municípios localizados nas sub-regiões Metropolitana I e Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

2.2. Objetivos específicos

a) Identificar a formação e quantificar os profissionais que compõem os órgãos de vigilância sanitária dos municípios das sub-regiões metropolitanas em estudo;

b) Averiguar se os profissionais recebem capacitação profissional para as ações de vigilância sanitária em Epaf;

c) Verificar os instrumentos legais e outros documentos utilizados em inspeção sanitária e se os municípios dispõem de legislação sanitária e roteiro de inspeção próprios e específicos para Epaf; analisá-los e compará-los;

d) Verificar os municípios que possuem um Código Sanitário Municipal e se neste Código há uma parte específica para Epaf;

e) Verificar se os municípios realizam inspeção sanitária em Epaf, os critérios determinantes para a realização da inspeção e os eventos mais encontrados durante as inspeções sanitárias em Epaf;

f) Verificar quantos Epaf estão regularizados junto ao órgão de vigilância sanitária de cada um dos 19 municípios em questão e quantos foram inspecionados no período de 1 ano (2012);

g) Obter informação sobre a opinião de profissionais de vigilância sanitária em relação aos critérios utilizados pelos municípios para as ações de vigilância sanitária em Epaf e em relação aos Epaf não legalizados.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de pesquisa

Essa pesquisa consiste de inquérito, realizado através da aplicação de questionário *in loco*, tendo sido preenchido pelo investigador após a leitura da pergunta para o entrevistado. Além disto, o estudo também abrangeu pesquisas nos sítios eletrônicos das Prefeituras dos municípios estudados, da respectiva Secretaria Municipal de Saúde (quando havia) e em outros sítios, para a busca de legislações e roteiros voltados para o tema.

Quanto aos aspectos éticos, essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/IOC/Fiocruz) e aprovada sob o parecer nº 516.810.

3.2. População e amostra

A população desse estudo foi constituída pelos municípios do Estado do Rio de Janeiro, ou seja, 92 municípios. Para a seleção da amostra, foi adotado o seguinte critério: 100% dos municípios localizados nas sub-regiões Metropolitana I e Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, isto porque essas duas sub-regiões são ocupadas por aproximadamente 80% de toda a população (habitantes) do Estado (IBGE, 2010). Esse critério de inclusão permitiu que 21% de todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro fossem estudados.

Sendo assim, a amostra dessa pesquisa foi composta por todos os municípios localizados nas sub-regiões Metropolitana I e Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, totalizando 19 (dezenove) municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica, Silva Jardim e Tanguá (Tabela 1).

Tabela 1 – Municípios que constituem a amostra e respectiva estimativa populacional para 2013

Município	População Estimada Para 2013*
Rio de Janeiro	6.429.923
São Gonçalo	1.025.507
Duque de Caxias	873.921
Nova Iguaçu	804.815
Niterói	494.200
Belford Roxo	477.583
São João de Meriti	460.799
Magé	232.419
Itaboraí	225.263
Mesquita	170.185
Nilópolis	158.288
Queimados	141.753
Maricá	139.552
Itaguaí	115.542
Japeri	98.393
Seropédica	81.260
Rio Bonito	56.942
Tanguá	31.844
Silva Jardim	21.366
TOTAL:	12.039.555

* IBGE, 2013.

3.3. Levantamento das sub-regiões do Estado do RJ e da população dos municípios

Para escolha da amostra, as sub-regiões do Estado do Rio de Janeiro foram levantadas através de pesquisas no sítio eletrônico do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2012). O número de habitantes dos municípios foi levantado através de pesquisas no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando-se o Censo de 2010 e a estimativa para 2013 (IBGE, 2010, 2013).

3.4. Elaboração e características do questionário

Para a elaboração do questionário, levou-se em consideração os objetivos específicos dessa pesquisa e as funções das Visas municipais. Deste modo, o questionário foi elaborado empregando-se legislações federais e estaduais vigentes no Estado do Rio de Janeiro – tais como Lei Federal nº 8.080/1990, Resolução nº 1.335/2010 e Resolução nº 1.411/2010 (BRASIL, 1990; RIO DE JANEIRO, 2010b, 2010c), além de referências de caráter orientador, publicadas pela Anvisa (2007b, 2009).

O referido instrumento apresentou um total de 21 questões fechadas e abertas, caracterizando-se como um questionário semiestruturado (APÊNDICE A). Tais questões avaliaram os seguintes aspectos: recursos humanos e capacitação, legislação municipal, legislações e critérios utilizados para as ações em Epaf, quantidade de Epaf inspecionados e regularizados juntos às Visas municipais, eventos mais frequentes encontrados em Epaf, percepção dos entrevistados quanto às ações de vigilância sanitária nesses estabelecimentos e, também, quanto aos Epaf clandestinos.

3.5. Teste piloto

Para verificar a aplicabilidade do questionário, foi realizado um teste piloto, no qual profissionais de Visas municipais e estaduais (inclusive de outros Estados) preencheram-no, fazendo sugestões por escrito. Em seguida, foram analisadas as sugestões e críticas feitas em relação à aplicação desse instrumento, avaliando-se a pertinência das mesmas e realizando-se os devidos ajustes.

3.6. Entrevista com aplicação do questionário

A carta de aceite para a participação nesse estudo foi assinada pelo responsável da Visa ou por um representante por ele designado, ficando os participantes cientes dos objetivos e finalidades da pesquisa. O questionário foi aplicado durante a visita a cada Visa municipal. No momento de sua aplicação, foi solicitado ao(s) entrevistado(s) a autorização por escrito para que a entrevista fosse gravada. As entrevistas foram realizadas com o responsável pela Visa municipal e/ou por uma pessoa por ele designada.

Em 26% (5/19) dos municípios visitados somente uma pessoa participou da entrevista, em 74% (14/19) duas ou três pessoas participaram. Nestes casos, uma pessoa era o respondente principal, enquanto a(s) outra(s) participava(m) de forma secundária, complementando informações e fornecendo dados quantitativos e/ou documentos (legislações e roteiros de inspeção) solicitados durante as visitas. Deste modo, um total de 35 pessoas participaram das entrevistas realizadas. Independentemente do número de pessoas que participaram de cada entrevista, apenas um questionário foi preenchido para cada município estudado (n = 19).

Em 63% (12/19) dos municípios o próprio responsável pela Visa participou da entrevista – oito participaram integralmente, outros quatro participaram parcialmente e designaram uma pessoa que trabalhava há mais tempo no referido órgão para responder às perguntas que eram feitas. Em 26% (5/19) dos municípios, diretores ou chefes de algum setor da Visa foram entrevistados; em 11% (2/19), somente funcionários/fiscais sanitários – designados pelo responsável da Visa.

Oitenta e quatro por cento (84%, 16/19) dos municípios autorizaram a gravação da entrevista (14 integralmente e apenas dois parcialmente), 16% (3/19) não autorizaram.

3.7. Análise e apresentação dos dados

Os dados quantitativos (preenchidos no questionário) foram organizados e arquivados em planilhas eletrônicas (*Excel*). Em seguida, cada questão foi analisada em separado, formulando-se tabelas e gráficos para a apresentação dos resultados.

Os dados qualitativos (questões abertas), primeiramente foram transcritos *ipsis litteris* em arquivos eletrônicos, nos casos em que a gravação foi autorizada. Para os casos em que a gravação da entrevista não foi autorizada, anotações foram feitas no momento da entrevista.

Para análise de conteúdo dessas questões, a técnica utilizada foi a análise temática. Deste modo, para cada uma das Visas, fez-se uma leitura flutuante do material, seguida pela categorização, descrição e interpretação do material analisado (BARDIN, 1979; MINAYO et al., 2012; MINAYO, 2008).

Para Bardin (1979, p.117), categorização é:

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico.

Sobre a questão que abordava “eventos mais frequentes em Epaf”, as respostas foram quantificadas (número de vezes citado pelas Visas) e depois os eventos foram incluídos nas categorias de “risco”, de acordo com a classificação estabelecida pelo MTE (BRASIL, 1978).

3.8. Procedimentos para o levantamento das legislações e dos roteiros de inspeção

Para a obtenção da legislação sanitária e dos roteiros de inspeção específicos para Epaf, utilizados pelos 19 (dezenove) municípios em estudo, foram realizadas as seguintes etapas:

I. Pesquisa de campo (entrevista *in loco* com aplicação de questionário) – Durante as entrevistas *in loco*, quando identificado que o município dispunha de legislação sanitária e/ou RIS específico para Epaf, uma cópia foi solicitada ao(s) entrevistado(s). Em alguns casos, o(s) entrevistado(s) enviou(aram) posteriormente através de correspondência eletrônica.

II. Pesquisa em sítios eletrônicos – Nesta etapa, através de sítios eletrônicos, realizou-se a busca de todas as legislações mencionadas ao longo das entrevistas. No caso das leis municipais, mesmo quando disponibilizadas pelos entrevistados, fez-se uma busca em sítios eletrônicos, com o intuito de averiguar a disponibilidade do acesso às mesmas.

3.9. Procedimentos para análise das legislações levantadas

Todas as legislações levantadas no presente estudo e disponibilizadas para análise (através dos entrevistados ou de pesquisas em sítios eletrônicos) foram investigadas, com o intuito de averiguar se eram específicas para Epaf ou mesmo aplicáveis a tais estabelecimentos.

3.10. Procedimentos para análise dos RIS

Primeiramente identificou-se nos RIS (impressos) quais eram os itens associados à identificação (informações gerais, caracterização do estabelecimento e de suas atividades) e quais eram associados à avaliação das condições propriamente ditas do estabelecimento. Em seguida, os itens foram organizados e arquivados em planilha eletrônica. Posteriormente, os itens referentes à identificação foram incluídos em um quadro e os referentes à avaliação foram incluídos em outro quadro. A partir daí, foi possível analisar, apontar e discutir os principais pontos abordados nos RIS levantados.

Um RIS dispunha de uma parte que poderia ser aplicável a vários estabelecimentos. Nessa parte, fez-se a marcação dos itens possivelmente aplicáveis a Epaf.

3.11. Sigilo

Para a efetiva participação das Visas municipais escolhidas para constituir a amostra do presente estudo, havia, na carta de aceite assinada pelo representante de cada órgão visitado, o comprometimento por parte dos pesquisadores de sigilo quanto à identificação das Visas e dos respectivos entrevistados na apresentação dos resultados. Deste modo, tanto as Visas quanto os entrevistados foram aleatoriamente numerados – as Visas de 01 a 19 e os entrevistados de 01 a 35. Ressalta-se que a numeração quanto aos entrevistados foi feita de forma aleatória e não está ordenada de acordo com as Visas municipais estudadas.

4. RESULTADOS

O presente estudo foi desenvolvido a partir da aplicação de um questionário dividido em cinco módulos. Foram abordadas questões referentes aos recursos humanos e instrumentos de trabalho, legislação, critérios utilizados nas inspeções sanitárias, eventos/riscos mais encontrados em Epaf, e a percepção dos profissionais de vigilância sanitária em relação às ações em Epaf.

4.1. RECURSOS HUMANOS E INSTRUMENTOS DE TRABALHO

4.1.1. Recursos humanos

Em relação aos recursos humanos, observou-se que um total de 530 profissionais compunham as Visas dos municípios em questão – dos 19 municípios estudados, somente um não soube o quantitativo de profissionais que constituíam a referida Visa. Dos 530 profissionais, 293 (55%) atuavam como fiscais sanitários. Paralelamente, foi levantado o número de habitantes de cada município, fazendo-se a correlação com a quantidade de profissionais (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de profissionais e de fiscais sanitários nas Visas Municipais e quantidade por 10 mil habitantes*

VISAS (n=18)	QTDE. DE PROFISSIONAIS	QTDE. DE FISCAIS SANITÁRIOS	% DE FISCAIS SANITÁRIOS	PROFISSIONAIS / 10 MIL HABITANTES	FISCAIS / 10 MIL HABITANTES
Visa 04	173	62	36%	3,5	1,3
Visa 07	89	23	26%	1,9	0,5
Visa 01	54	44	81%	0,5	0,4
Visa 10	31	24	77%	1,4	1,1
Visa 06	30	18	60%	0,3	0,2
Visa 09	26	18	69%	0,6	0,4
Visa 11	19	15	79%	0,2	0,2
Visa 03	16	12	75%	1,0	0,8
Visa 14	15	12	80%	1,1	0,9
Visa 16	14	14	100%	1,2	1,2
Visa 05	12	9	75%	0,7	0,5
Visa 08	12	12	100%	0,8	0,8
Visa 15	8	6	75%	1,4	1,1
Visa 17	8	8	100%	3,7	3,7
Visa 19	8	5	63%	0,3	0,2
Visa 13	7	6	86%	2,2	1,9
Visa 18	6	3	50%	0,6	0,3
Visa 12	2	2	100%	0,2	0,2
TOTAL:	530	293	55%	0,9**	0,5**

* Cálculo feito de acordo com a estimativa populacional para 2013 (IBGE, 2013); ** Média aritmética. Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas.

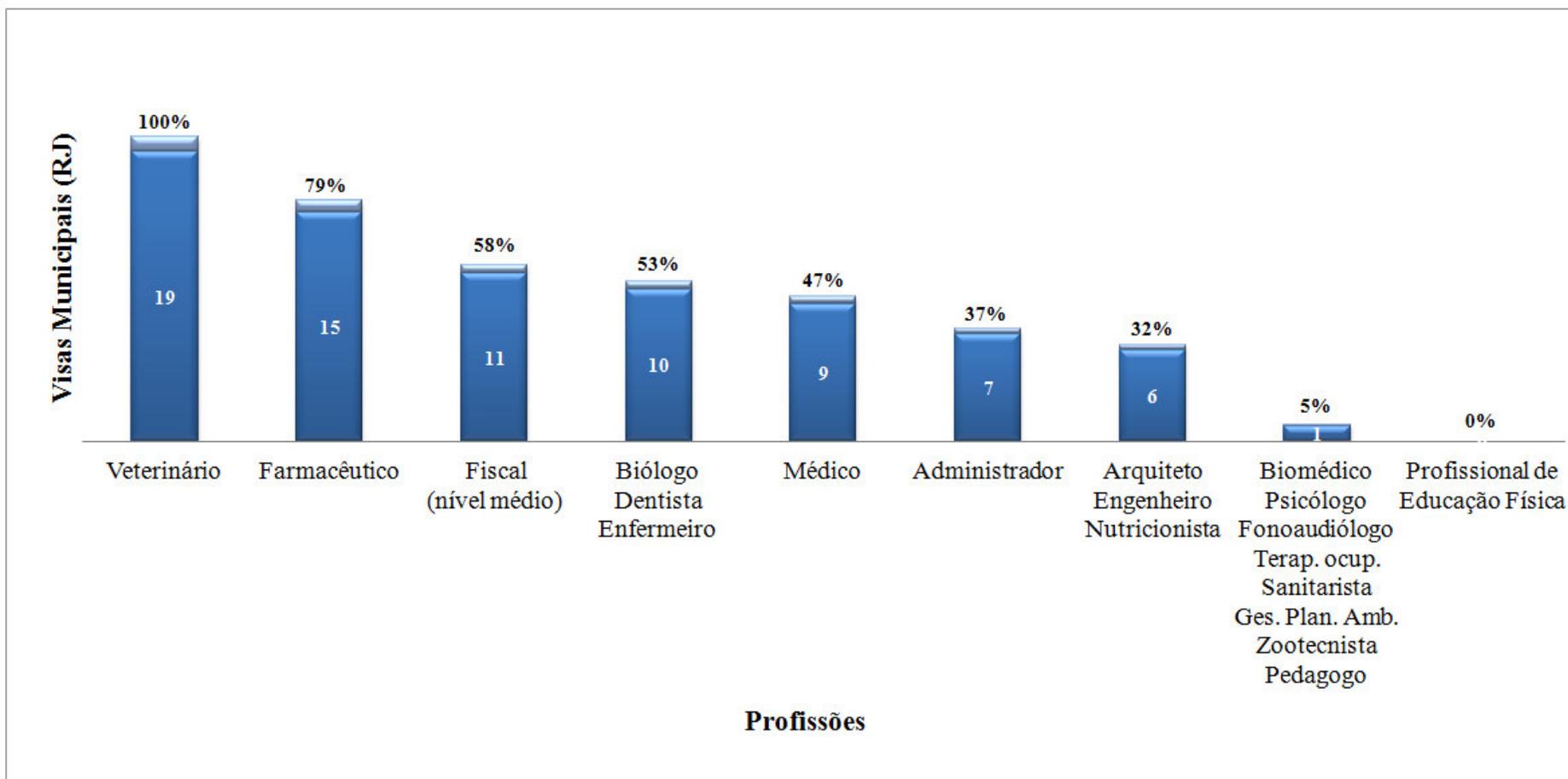
Cinquenta e seis por cento (56%, 10/18) das Visas que disponibilizaram o quantitativo de recursos humanos dispunham de apenas dois a 15 profissionais, 44% possuíam acima de 15. Ao correlacionar o quantitativo dos recursos humanos dessas Visas municipais aos dados demográficos (IBGE, 2013), foi possível observar que a média aritmética de profissionais e de fiscais sanitários para cada 10 mil habitantes corresponde, respectivamente, a 0,9 e 0,5. Deste modo, 67% (12/18) dessas Visas apresentaram menos que um fiscal sanitário para cada 10 mil habitantes (Tabela 2).

4.1.2. Formação dos profissionais que compunham as Visas municipais

Perguntou-se a respeito da formação dos profissionais que compunham a equipe de cada um dos municípios estudados. Para isto, foram colocadas as seguintes opções: administrador, arquiteto, biólogo, biomédico, enfermeiro, engenheiro, farmacêutico, médico, nutricionista, profissional de educação física, veterinário e fiscal de nível médio. Além destas, incluiu-se a opção “Outros” para outra formação profissional, quando citada.

Nessa questão, destacaram-se os seguintes resultados: i) 100% (19) das Visas dispunham de pelo menos um veterinário; ii) 79% (15) possuíam farmacêuticos; iii) 58% (11) possuíam fiscais de nível médio; iv) biólogos, enfermeiros e dentistas estavam presentes em 53% (10) das Visas; v) médicos, em 47% (9); vi) administradores, em 37% (7); vii) arquitetos, engenheiros e nutricionistas, em 32% (6); viii) advogados, em 21% (4) das Visas estudadas (Figura 1).

**Figura 1 – Composição de 19 Visas municipais do Estado do Rio de Janeiro quanto à formação profissional
(municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II)**



Visas = Órgãos de vigilância sanitária.

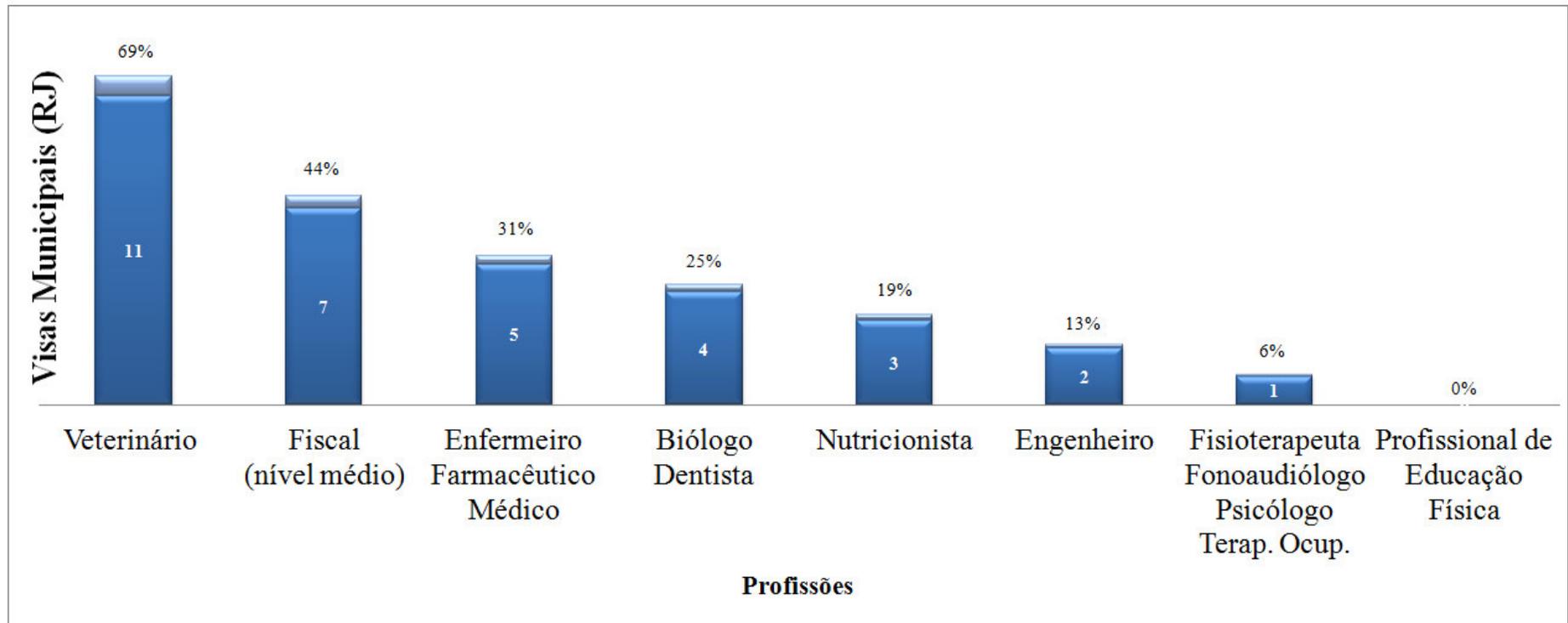
4.1.3. Equipe de fiscais sanitários que participavam das ações em Epaf

Dentre os profissionais componentes das Visas Municipais, questionou-se sobre quantos compunham a equipe que realizava inspeção sanitária em Epaf. Na maioria (74%, 14), foi citado que a equipe é formada por dois profissionais; 10% (2) responderam que geralmente a equipe de fiscais sanitários era composta por três pessoas; 16% (3) informaram que a Visa ainda não realizava inspeção sanitária em Epaf.

Em relação à formação profissional dos fiscais sanitários que compunham especificamente a equipe de inspeção sanitária em Epaf, foram incluídas as mesmas formações profissionais citadas anteriormente (administrador, arquiteto, biólogo, biomédico, enfermeiro, engenheiro, farmacêutico, médico, nutricionista, profissional de educação física, veterinário e fiscal de nível médio), além da opção “Outros”.

Foram observados os seguintes resultados referentes a 16 Visas: i) em 69% (11) das Visas os profissionais veterinários integravam a equipe que realiza inspeção sanitária em Epaf; ii) em 44% (7), profissionais de nível médio compunham a equipe de fiscais sanitários em Epaf; iii) 31% (5) dos municípios afirmaram que farmacêuticos, médicos e enfermeiros constituíam a equipe em questão; iv) 25% (4) das Visas incluíam biólogos e dentistas; v) 19% (3) citaram nutricionistas; vi) 13% (2) citaram engenheiros; e vii) 6% (1) incluíam fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional na equipe de fiscais sanitários nos tipos de estabelecimentos em questão (Figura 2). Três municípios informaram que a respectiva Visa ainda não realizava inspeção sanitária em Epaf.

Figura 2 – Profissionais que integram a equipe de inspeção sanitária que atua em Epaf, em 16 Visas municipais das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro

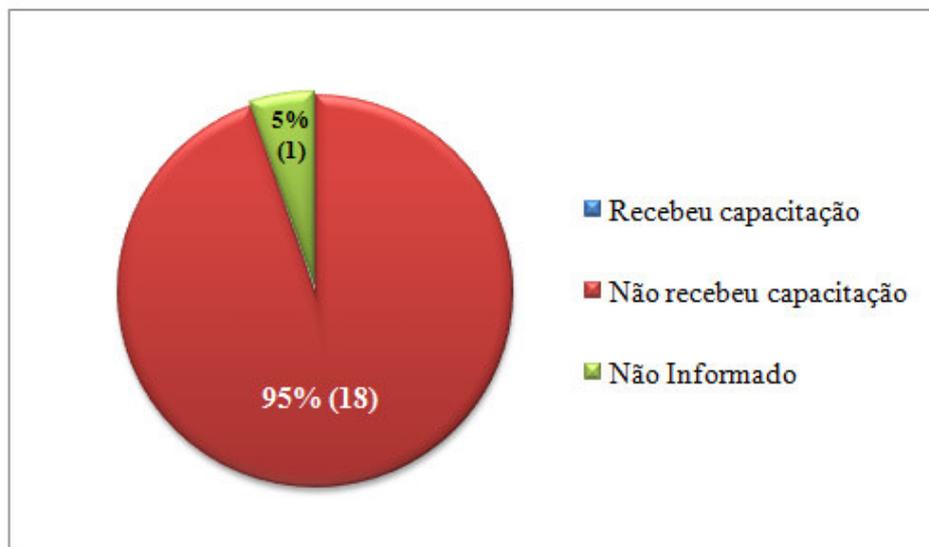


Visas = Órgãos de vigilância sanitária que atuam em Epaf (16/19).

4.1.4. Capacitação profissional

Dado que a capacitação de recursos humanos é imprescindível à execução das ações de vigilância sanitária (ANVISA, 2007b), os entrevistados dos 19 municípios foram questionados quanto à capacitação dos seus profissionais. Sessenta e três por cento (12) informaram que seus profissionais receberam capacitação do Estado e 5% (um) informou que a própria Visa Municipal capacita sua equipe profissional. Contudo, tais capacitações não foram específicas para Epaf; ao todo, 95% (18) dos municípios informaram que não receberam capacitação específica para Epaf e 5% (um) não soube informar (Figura 3).

Figura 3 – Municípios e capacitação profissional específica para as ações em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro; n = 19)



Epaf = Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física; n = Número de Visas.

Alguns entrevistados apresentaram justificativas para a falta de capacitação específica para as ações de vigilância sanitária em Epaf (Quadro 1); outros não souberam justificar.

Quadro 1 – Justificativa ou comentário de alguns entrevistados em relação à falta de capacitação específica para as ações de vigilância sanitária em Epaf

CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA PARA AS AÇÕES DE INSPEÇÃO SANITÁRIA EM EPAF	
VISAS	JUSTIFICATIVAS
Visa 05	Segundo os entrevistados, houve mudança na gestão da Visa e a capacitação dos profissionais estava sendo providenciada.
Visa 08	Conforme o entrevistado, normalmente não há uma capacitação específica para Epaf. Ele também informou que quando os profissionais são capacitados é o Estado que promove tal capacitação: “Nunca houve oportunidade da gente fazer treinamento específico. Todos eles (<i>fiscais sanitários</i>) têm capacitação geral, o que eu tô te falando é que eles não têm..., é..., não receberam treinamento específico para Epaf.”
Visa 09	Um dos entrevistados mencionou que parece não haver uma capacitação específica para Epaf.
Visa 10	De acordo com os entrevistados, os profissionais não receberam capacitação do Estado específica para Epaf, receberam somente capacitação geral para estabelecimentos prestadores de serviços.
Visa 11	Segundo o entrevistado: “P’ra ser capacitado aqui, a gente depende do Estado”. Ele também informou nunca ter visto o Estado promover uma capacitação específica para Epaf.
Visa 12	De acordo com os entrevistados, a capacitação mais recente que essa Visa recebeu foi em julho de 2012, promovida pelo Estado, mas não foi específica para Epaf, tendo sido mais voltada para alimentos.
Visa 13	De acordo com os entrevistados, no Município em questão há poucos Epaf e os fiscais inspecionam mais as condições higienicossanitárias gerais – conforme o relato: “A gente só procura ir mesmo nas academias por conta da questão mais da higiene... e tal; procura ver mais isso”.
Visa 14	Segundo o entrevistado, específica para Epaf, não há; mas às vezes há uma capacitação específica para o setor de alimentos, promovida pelo Estado.
Visa 16	Um entrevistado justificou que Epaf são estabelecimentos que estão há pouco tempo sob o âmbito da Visa Municipal. Além disso, de acordo com um dos entrevistados dessa Visa: “Os Municípios normalmente não têm treinamento aos funcionários, você aprende com os profissionais que já estão no... (<i>na Visa</i>)”.

[Continuação - Quadro 1]

Visa 17	O Município ainda não realizava inspeção sanitária em Epaf.
Visa 18	O Município já recebeu algumas capacitações do Estado, mas não foram específicas para Epaf.
Visa 19	Ainda não houve uma capacitação específica para Epaf, porém a Visa sempre é convidada (<i>pelo Estado</i>) para capacitações e cursos - geralmente para alimentos e outros setores/atividades.

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

4.1.5. Instrumentos de trabalho para as ações de vigilância sanitária

Para a execução das ações em vigilância sanitária, os respectivos órgãos devem dispor de infraestrutura básica e de instrumentos para possibilitar a execução dessas ações (ANVISA, 2007b; RIO DE JANEIRO, 2010c). Quanto aos materiais que as Visas devem dispor para a realização da inspeção sanitária em Epaf, foi feita uma relação desses materiais, de acordo com o “Protocolo das ações em vigilância sanitária” (ANVISA, 2007b). Ressalta-se que nenhuma das Visas municipais estudadas dispunha integralmente dos materiais indicados pela Anvisa. Contudo, todas as Visas dispunham de autos de intimação e de autos de infração e de coleta (Tabela 3).

Os materiais que a Anvisa (2007b) indica especificamente para as ações em Epaf são: turbidímetro, clorímetro, peagâmetro e frascos (estéreis e não estéreis), a serem utilizados em estabelecimentos que contêm piscina (ANVISA, 2007b). Em relação a tais instrumentos, observou-se nesse estudo que nenhuma das Visas municipais estudadas dispunham de clorímetro e somente uma dispunha de turbidímetro e peagâmetro. Quanto ao turbidímetro, outras duas Visas informaram que a SMS dispunha do equipamento em questão e que a equipe de vigilância sanitária poderia utilizá-lo, caso houvesse a necessidade. Esta justificativa também foi apresentada por uma dessas Visas em relação ao peagâmetro. Ainda em relação a esses instrumentos, alguns entrevistados informaram que em Epaf que dispõe de piscina os fiscais sanitários verificam apenas o caderno de registro diário e a aparência (visibilidade) da água. Outros entrevistados informaram que a coleta da água da piscina – para posterior análise laboratorial – não é de responsabilidade da Visa municipal, e sim de outro

setor da SMS ou mesmo do próprio empresário, dono do estabelecimento. Somente seis Visas (32%) dispunham de frascos para coleta de água.

Tabela 3 – Quantidade total e percentual das Visas Municipais do Estado do Rio de Janeiro que dispunham dos materiais indicados pelo “Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária” (ANVISA, 2007b) para as ações em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Estado)

MATERIAIS	QUANT. DE VISAS QUE OS DISPUNHAM (N=19)	PERCENTUAL
Clorímetro	Zero	0%
Turbidímetro	01	5%
Peagâmetro	01	5%
Roteiros de inspeção para Epaf (impressos)	05	26%
Frascos estéreis e não estéreis	06	32%
Caderno ou bloco de anotações	11	58%
Máquina fotográfica	11	58%
Pasta com identificação da Visa municipal	12	63%
Prancheta (opcional)	14	74%
Lacre para interdição	15	79%
Legislação pertinente (impressa)	16	84%
Caneta (tinta azul ou preta)	19	100%
Autos de intimação (impressos)	19	100%
Autos de infração e de coleta (impressos)	19	100%

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas.

Cinquenta e oito por cento (11) dos entrevistados afirmaram que a Visa municipal dispunha de máquina fotográfica. Destes, uma Visa (5%) dispunha de duas máquinas, enquanto as demais possuíam apenas uma, a ser compartilhada por toda a equipe. Dentre as Visas que não possuíam máquina fotográfica (42%, 8), quatro afirmaram que os componentes da equipe utilizavam a própria máquina ou câmera do celular – quando surgia a necessidade de registrar alguma situação em desacordo com a legislação sanitária – e um entrevistado mencionou que a SMS dispunha de máquina fotográfica e que, quando necessário, a Visa poderia utilizá-la.

Apenas 26% (5) de todos os municípios visitados (Visas: 02, 03, 10, 11 e 12) possuíam RIS específico para Epaf – todos foram disponibilizados para posterior análise. Três entrevistados mencionaram possuir RIS específicos para outros tipos de estabelecimentos; um entrevistado afirmou utilizar o “Protocolo das ações de vigilância sanitária” (ANVISA, 2007b); e outro disse utilizar um roteiro da Anvisa, mas não soube dar detalhes e nem disponibilizou o roteiro. Deste modo, 74% (14) dos municípios estudados não possuíam RIS específico para Epaf.

4.1.5.1. Roteiro de inspeção sanitária (RIS)

Conforme já mencionado, o RIS é um instrumento composto por uma lista de itens a serem avaliados durante a realização das inspeções sanitárias, “permitindo avaliar o serviço, produto, equipamentos ou condições do ambiente e trabalho, quanto ao grau de risco que podem oferecer à saúde dos indivíduos ou da população” (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

Ao analisar os cinco RIS (A, B, C, D e E) específicos para Epaf, foi possível observar que todos apresentavam os seguintes assuntos: identificação/caracterização do estabelecimento, responsabilidade técnica, atividades realizadas e estrutura funcional (ou físico-funcional), sendo que três roteiros (A, B e C) eram idênticos em relação aos itens de avaliação do estabelecimento, com exceção à formatação.

Na parte inicial de todos os roteiros havia informações gerais, tais como: identificação do estabelecimento e das atividades nele realizadas. Nesta parte, a maioria dos itens eram comuns aos cinco RIS (Quadro 2).

Quadro 2 – Itens dos RIS associados a informações gerais e caracterização do estabelecimento e de suas atividades

ITENS DE IDENTIFICAÇÃO	RIS QUE POSSUEM O ITEM
Dados gerais do estabelecimento:	A, B, C, D e E
Razão Social do Estabelecimento	A, B, C, D e E
Nome Fantasia do Estabelecimento	A, B, C e D
CGC	A e B
CNPJ	C
CNPJ ou CPF	D e E
Endereço	A, B, C e D
Bairro	A, B, C e D
Município (já marcado)	A, B, C, D e E
Estado (já marcado)	A, B, C, D e E
Cep	A, B, C e D
Tel:	A, B, C, D e E
Fax	D e E
E-mail	D e E
Inscrição municipal	D
Atividades desenvolvidas	A, B, C, D e E
Horário de funcionamento	A, B, C, D e E
Proprietário do estabelecimento:	A, B, C e D
Identificação	A, B, C e D
Telefone do proprietário	A, B, C e D
Responsável técnico:	A, B, C, D e E
Responsável técnico - Nome	D e E
Responsável técnico - Profissão	D e E
Responsável técnico - Conselho de classe	D
Responsável técnico - Número do registro no Conselho	A, B, C, D e E
Responsável técnico - Número do registro em outros órgãos (se houver)	D
Da inspeção/vistoria:	A, B, C, D e E
Data da inspeção/vistoria	A, B, C, D e E
Entrevistado	B e C
Número do processo	A, B, C e E
Tipo de inspeção/vistoria/licenciamento:	A, B, C e D
<input type="checkbox"/> rotina <input type="checkbox"/> denúncia <input type="checkbox"/> para fins de certificado	A, B e C
<input type="checkbox"/> assentimento sanitário (pessoa física) <input type="checkbox"/> licença de funcionamento sanitário (pessoa jurídica)	D

[Continuação - Quadro 2]

Caracterização do estabelecimento:	A, B, C, D e E
O estabelecimento realiza as seguintes atividades: <input type="checkbox"/> atividades físicas (dança, exercícios, condicionamento físico) <input type="checkbox"/> massagem <input type="checkbox"/> atividade de estética <input type="checkbox"/> atividade de natação / hidroginástica <input type="checkbox"/> atividade de emagrecimento / regime alimentar <input type="checkbox"/> outros (especificar)	A, B, C e E
Atividades realizadas: <input type="checkbox"/> barbearia <input type="checkbox"/> cabeleireiro <input type="checkbox"/> depilação <input type="checkbox"/> estética facial e/ou corporal <input type="checkbox"/> manicure e/ou pedicure <input type="checkbox"/> ginástica <input type="checkbox"/> <i>piercing</i> <input type="checkbox"/> podologia <input type="checkbox"/> tatuagem <input type="checkbox"/> outros (especificar)	D

RIS = Roteiro de inspeção sanitária; CNPJ = Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica; CGC = Cadastro Geral do Contribuinte.

No Quadro 2 é possível observar que somente os RIS D e E possuíam os itens “fax” e “e-mail”, o que pode facilitar o contato realizado com o estabelecimento. Contudo, o RIS E não contemplava o endereço nem o bairro do estabelecimento, além de não contemplar os dados do proprietário e nem o tipo de inspeção/vistoria.

Quanto ao cadastro da empresa junto à Receita Federal, dois RIS (A e B) contemplavam o termo “CGC” (Cadastro Geral do Contribuinte), que já caiu em desuso há mais de uma década, sendo substituído pelo termo Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ).

Na caracterização do estabelecimento, o RIS D não definia os tipos de atividades possivelmente realizadas no Epaf, visto que tal roteiro era aplicável a vários tipos de estabelecimentos. Porém, além da opção “ginástica”, apresentava a opção “outros (especificar)”, em que se poderia inserir mais detalhes.

Quanto aos itens propriamente associados à avaliação das condições (higienicossanitárias, físicas e documentais) dos estabelecimentos em questão, com exceção aos três RIS idênticos, percebeu-se itens bastante variados, alguns dos quais eram inseridos somente em um dos RIS levantados (Quadro 3).

Quadro 3 – Itens dos RIS associados à avaliação dos Epaf

RIS	RESUMO DA ANÁLISE	ITENS DE AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÃO
A, B e C	a) Esses três roteiros são idênticos, com exceção à formatação; b) acesso <i>online</i> indisponível; c) específicos somente para Epaf; d) de modo geral, apresentam as seguintes opções de preenchimento: “Sim” ou “Não”, além de espaço em branco para questões abertas.	Responsabilidade técnica:	
		Nome do responsável técnico do estabelecimento	---
		Especialidade	
		Carga horária	
		Registro no Conselho de Classe	
		Nome do responsável técnico do Ambulatório Médico	
		Especialidade	
		Carga horária	Especificar o tipo de profissional, quantidade e a carga horária.
		Registro no conselho de classe	
		Carga horária e recursos humanos:	---
		Professor de educação física habilitado	
		Professor de educação física não habilitado	
		Médico	
		Recepcionista	
		Pessoal de Limpeza	
		Outros/especificar	Quanto a estrutura físico funcional:
Recepção	Especificar para cada ambiente: dimensão; quantidade; condições das instalações		
Sala de condicionamento físico			
Sala de dança			
Ambulatório médico			

	Cantina	elétricas e hidráulicas (bom, regular ou ruim); iluminação; ventilação; e estado de conservação e higiene (bom, regular ou ruim). OBS.: “No caso de mais de uma sala de cada item especificado, deverá ser xerocopiado a tabela” (presente no RIS).
	Cozinha	
	Depósito de materiais esportivos	
	Sanitário público (masculino e feminino)	
	Vestiário público (masculino e feminino)	
	Sala de estética	
	Sala administrativa	
	Outros (especificar)	
	O estabelecimento possui acesso independente para: a) o público? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não b) transporte de materiais e resíduos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	---
	Possui sistema de esgoto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso negativo, relacionar o sistema adotado.
	O estabelecimento é abastecido por sistema público de água tratada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	O estabelecimento dispõe de reservatório de água potável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	---
	O estabelecimento dispõe de piscina revestida de material lavável e impermeável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	---
	As paredes, tetos, pisos e bancadas são de acabamento: <input type="checkbox"/> liso <input type="checkbox"/> impermeável <input type="checkbox"/> resistente <input type="checkbox"/> lavável <input type="checkbox"/> fácil higienização	---
	Os ralos das salas de atividades físicas possuem fecho hídrico e dispositivo de fechamento com tampa escamoteável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	---
	O ambulatório médico possui lavatório para degermação das mãos dos profissionais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	---
	A pia do ambulatório médico é provida de: <input type="checkbox"/> torneira sem acionamento manual <input type="checkbox"/> sabão / antisséptico	---

		<input type="checkbox"/> papel toalha <input type="checkbox"/> lixeira com tampa de acionamento por pedal <input type="checkbox"/> outros (especificar)	
		O ambulatório médico dispõe de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	No caso de haver medicamentos controlados, citar.
		Colocar (<i>no quadro</i>) todos os ambientes e os equipamentos existentes, assim como a quantidade e estado de conservação e higiene.	Opções de preenchimento (no quadro): ambiente; equipamentos (conservação e higiene); quantidade (bom, regular ou ruim).
		Os serviços de manutenção de equipamentos são realizados: <input type="checkbox"/> pelo próprio serviço <input type="checkbox"/> por serviço contratado	---
		Os equipamentos e mobiliários estão em bom estado de conservação e limpeza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	---
RIS	RESUMO DA ANÁLISE	ITENS DE AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÃO
D	a) Roteiro também utilizado para a auto-inspeção;	Itens específicos para “Estabelecimentos de Ginástica”	Ao todo, são apenas oito itens específicos para Epaf.
	b) acesso <i>online</i> disponível;	Admissão mediante avaliação médica	---
		Contrato de manutenção preventiva e corretiva de aparelhos e equipamentos	---
		Certificado de análise de pesos e medidas	---
		Desinfecção de superfícies com álcool a 70°	---
		Nichos para guarda de pertences com fechaduras	---
	c) aplicável a Epaf e a vários outros tipos de estabelecimentos;	Vestiários e sanitários diferenciados por sexo e dispo de sabão líquido, toalha de papel e cesto com tampa acionada por pedal junto a lavatórios	---
		Controle de qualidade da água (tanques e piscinas)	---
		Inibição do uso de anabolizantes e outras drogas não recomendadas	---

<p>d) apresenta uma pequena parte específica a cada um dos estabelecimentos por ele abrangidos, além de uma parte que pode ou não ser aplicável a alguns deles;</p> <p>e) de modo geral, apresenta as seguintes opções de preenchimento: “Sim”, “Não” ou “NSA” (não se aplica), além de espaço em branco para questões abertas.</p>	<p>Estrutura funcional (itens não específicos para “Estabelecimentos de Ginástica”)</p>	Nesta parte, existem vários itens, nem todos aplicáveis a Epaf. (*)
	Construção nova com finalidade de estabelecimento de assistência à saúde	X
	Prédio residencial adaptado com transformação de uso	X
	Instalações confortáveis com ventilação e iluminação adequadas à atividade proposta	X
	Depósito de material para guarda e organização de produtos e equipamentos de limpeza	X
	Sanitários para a clientela em condições de uso; com lavatório dotado de sabão líquido, toalha de papel e cesto com tampa acionada por pedal; e com ralo sifonado com tampa giratória para fechamento	X
	Área exclusiva para funcionários: organizada, limpa, arejada, iluminada e com nichos individuais para guarda de pertences	X
	Copa/Cozinha exclusiva para alimentos	NSA
	Existência de lavatório/pia com sabão líquido, toalha de papel e cesto com tampa acionada por pedal em área de atendimento e/ou tratamento e/ou exame	X
	Instalações prediais livres de trincas, rachaduras e infiltrações	X
	Instalações elétricas e hidráulicas protegidas e em bom estado de conservação	X
	Sanitário anexo ao consultório de: <input type="checkbox"/> ginecologia/obstetrícia <input type="checkbox"/> urologia <input type="checkbox"/> proctologia <input type="checkbox"/> outro (especificar)	NSA
	Ausência de cortinas, estantes com livros e objetos, vasos de plantas, aquários abertos e outros adornos de difícil higienização na área de atendimento/tratamento	X
	Revestimento de pisos e paredes por material impermeável e liso, resistente à ação de desinfetante	X
	Área para processamento de artigos (descontaminação, limpeza e esterilização) com fluxograma (passo a passo) afixado: - específica; - exclusiva	NSA
Extintor(es) de incêndio com teste e recarga na validade	X	
Material descartável de uso único	NSA	
Produtos utilizados com registro no Ministério da Saúde ou indicação de isenção	X	

	Produtos existentes e utilizados no prazo de validade estipulado	X
	Estocagem de produtos em locais distintos (medicamentos e correlatos/alimentos/saneantes), livres de umidade e poeira e em temperatura ideal (25°)	X
	Questionamento aos clientes sobre possíveis alergias a produtos	NSA
	Limpeza da caixa d'água semestral comprovada com certificado de controle de qualidade da água (microbiológico e físico-químico)	X
	Certificação da qualidade do ar em ambiente fechado/climatizado (biológico e físico-químico)	X
	Ordem de Serviço válida para a desratização e a desinsetização	X
	Elaboração e afixação de Mapa de Risco	NSA
	Acondicionamento de Resíduos de Saúde (pérfuro-cortante; biológico; químico; comum)	NSA
	Sala exclusiva para Resíduos de Saúde	NSA
	Contratação de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)	NSA
	Contratação de Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)	NSA
	Contratação de coleta especializada de resíduos de saúde para a destinação final	X
	Proporção ≤ 1 (menor ou igual a um) entre quantitativo de procedimentos realizados e kits de materiais esterilizáveis no tempo e no espaço	X
	Programa de Imunização de Funcionários	NSA
	Rotina de auto-inspeção periódica	X
	Existência de Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs)	NSA
	Afixação em local visível do Alvará e do Licenciamento Sanitário	X
	Registro da Empresa (Pessoa Jurídica) no Conselho de Classe da atividade Básica	X
	Certificação do Corpo de Bombeiros	X
	Certificado de Aferição de Pesos e Medidas	X
	Comunicação visual em compartimentos	NSA
	Aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI)	X
	Implantação de equipamentos de proteção coletiva (EPC)	X

RIS	RESUMO DA ANÁLISE	ITENS DE AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		<p>Limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e superfícies</p> <p>Limpeza geral de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piso; - Teto; - Paredes; - Filtro do ar condicionado. <p>Desinfecção de superfícies</p> <p>Limpeza, desinfecção/esterilização de artigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artigos; (<i>espaço para citar quais são</i>) - Pré-limpeza ou descontaminação; (<i>espaço para a descrição</i>) - Limpeza; (<i>espaço para a descrição</i>) - Secagem: <ul style="list-style-type: none"> () ar comprimido () enxugue com toalha limpa () gravitacional sobre toalha limpa (tecido) ou papel toalha descartável - <i>Outros itens não aplicáveis a Epaf (tais como acondicionamento e esterilização do artigo).</i> 	<p>Especificidades a serem descritas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natureza do Revestimento; - Produtos utilizados; - Modo de usar; - Frequência; - EPIs utilizados. <p>Especificidades a serem descritas na pré-limpeza e na limpeza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produtos utilizados; - Modo de usar; - EPIs utilizados.
E	<p>a) Acesso <i>online</i> indisponível;</p> <p>b) específico somente para Epaf;</p> <p>c) possui uma classificação quanto a relevância para cada item, sendo: imprescindível (I),</p>	<p>Aparelhos e equipamentos fixos para a prática de exercício físico</p> <p>Os aparelhos apresentam-se em perfeito estado de conservação, higiene, e segurança, livres de ferrugem e amassamentos, apurados, devidamente fixados no chão e/ou paredes, lubrificados em suas partes móveis?</p> <p>Os aparelhos e equipamentos estão distribuídos de forma a permitir uma segura e livre circulação, entre si e de fácil acesso, tendo uma de suas faces inteiramente livre?</p> <p>O material de apoio complementar (anilhas, barras, cordas e outros) encontram-se em perfeito estado de conservação e acondicionados adequadamente?</p> <p>Vestiários e áreas comuns</p> <p>Possui piso antiderrapante ou material similar, com revestimento em perfeito estado de conservação, livre de rachaduras e irregularidades?</p> <p>Paredes e tetos em perfeito estado de conservação, com ausência de rachaduras, infiltrações, bolor</p>	<p>N</p> <p>N</p> <p>N</p> <p>N</p> <p>N</p>

necessário (N) e recomendável (R); d) de modo geral, apresenta as seguintes opções de preenchimento: “Sim”, “Não” ou “NSA” (não se aplica), além de espaço em branco para questões abertas.	ou mofo e outros?	
	Peças sanitárias em perfeito estado de conservação?	N
	Possui vestiários masculino e feminino dotados de chuveiros, sanitários e pias?	N
	Os banheiros possuem pias providas de água corrente, toalhas descartáveis, sabonete líquido e lixeira com tampa de acionamento por pedal ou lixeira sem tampa?	I
	Áreas destinadas à prática de exercícios físicos sem aparelhos e equipamentos fixos	
	O estabelecimento possui espaço físico adequado para o desenvolvimento de atividades físicas específicas, de forma que permita a necessária separação e independência dessas atividades, visando garantir princípios de segurança, saúde e ergonomia, na prática a que se propõe?	N
	As áreas destinadas às atividades físicas possuem instalações, equipamentos e suprimentos necessários para assegurar a correta disposição?	N
	As áreas comuns à prática das atividades físicas possuem piso adequado ao desenvolvimento de cada atividade sem presença de rachaduras, elementos cortantes e/ou perfurantes?	N
	Os equipamentos auxiliares destinados ao auxílio do desenvolvimento dos exercícios físicos encontram-se em perfeito estado de conservação?	N
	Os equipamentos destinados ao auxílio do desenvolvimento dos exercícios físicos possuem local adequado para acondicionamento?	I
	Os espelhos apresentam-se íntegros e sem defeito de acabamento e visualização?	R
	Os espelhos possuem suas extremidades protegidas por estrutura específica?	R
	Os materiais destinados às atividades físicas encontram-se em perfeito estado de conservação (livre de rachadura, umidade ou defeitos que possam comprometer a segurança dos usuários)?	N
	As salas destinadas às atividades físicas de lutas e/ou artes marciais encontram-se totalmente protegidas por revestimento acolchoado em toda a sua extensão?	N
	As colunas ou pilares, das salas de atividades físicas de lutas e/ou artes marciais, próximas ou encostadas nas paredes, estão protegidas e acolchoadas à altura mínima de um metro de piso?	R
	Áreas destinadas às práticas de outras atividades físicas e similares	
	As quadras encontram-se em perfeito estado de conservação, livres de rachaduras, desníveis, ondulações ou depressões, são de material antiderrapante ou rugoso, mantendo os seus acessórios (traves, tabelas, suportes e outros) livres de ferrugem, amassamentos e saliências cortantes e perfurantes ou que ofereçam riscos aos clientes?	N

	Os campos e canchas, com piso de material sintético, sobreposto a piso rígido ou flexível, foram aplicados de forma a não levantar as extremidades ou que crie condições de insegurança por descolamento e encontram-se em boas condições de higiene?	N
	Alambrados, cercas e redes de proteção	
	Nos espaços onde existem alambrados ou cerca de proteção, os mesmos encontram-se a uma distância mínima necessária, permitindo a circulação e segurança dos clientes?	N
	As instalações estão em perfeito estado de conservação, livres de ferrugem e elementos cortantes ou perfurantes?	N
	As instalações estão devidamente esticadas e livres de fendas, buracos ou saliências que possam comprometer a segurança e conforto dos clientes?	N
	Procedimentos	
	Possui material para atendimento de primeiros socorros segundo o tipo de procedimento, finalidade do estabelecimento e funcionamento?	R
	Possui arquivo das fichas de atendimento e/ou livro ou meio informatizado contendo todo tipo de atendimento, origem e encaminhamento?	N
	As fichas apresentam todos os registros necessários?	R
	Os colchões e macas são revestidos com plástico impermeável?	I
	Os colchões e macas estão com revestimento íntegro? Observar se o impermeável está rasgado ou furado.	N
	Os colchões, macas e outros, que têm contato com o corpo do cliente, são limpos entre cada turma? Observação: Pode ser feita limpeza com água e sabão ou desinfecção com álcool a 70%.	I

RIS = Roteiro de inspeção sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; --- = Nenhuma observação relevante; EPI = Equipamento de proteção individual; (*) X = Item possivelmente aplicável a Epaf; (*) NSA = Item que não se aplica a Epaf; I = Imprescindível; N = Necessário; R = Recomendado.

Observa-se no Quadro 3 que os três RIS idênticos (A, B e C) apresentaram o item “ambulatório médico”. No caso de Epaf, é possível que este termo seja utilizado para a denominação de sala para avaliação física dos alunos/usuários. O RIS D utilizava o termo “área de atendimento e/ou tratamento e/ou exame”. Quatro RIS (A, B, C e E) citavam “médico” como um possível profissional em Epaf. Isto talvez se deva à relevância associada, ao longo da história, à presença de médicos em locais de interesse à saúde.

Apesar de idêntico a outros dois, de modo geral o RIS A estava desorganizado, sem espaços definidos para a marcação/preenchimento da informação solicitada quanto ao item, quando a opção era aberta. Dentre os RIS idênticos, o “C” foi o que apresentou melhor distribuição e organização dos itens. Este roteiro apresentava seu conteúdo dividido em três partes: i) informações gerais; ii) avaliação; iii) observações.

Um dos cinco RIS levantados (D) era aplicável a vários tipos de estabelecimentos voltados para atividades de assistência e/ou serviços direta ou indiretamente relacionados à saúde, tais como: barbearia, cabeleireiro, depilação, enfermagem, estética, fisioterapia, fonoaudiologia, ginástica, imunização, manicure e/ou pedicure, massoterapia, medicina, medicina veterinária, nutrição, ortóptica, ótica, *piercing*, podologia, psicologia, remoção de pacientes em veículo/ambulância, tatuagem, terapia ocupacional e outros de interesse à saúde pública.

O item “área para processamento de artigos (descontaminação, limpeza e esterilização) com fluxograma afixado”, inserido no RIS D, não se aplica a Epaf, visto que nesses estabelecimentos os equipamentos a serem descontaminados não necessitam de condições especiais nem procedimentos complexos – com o uso de esterilizadores, por exemplo. Deste modo, os equipamentos auxiliares às atividades podem ser limpos e descontaminados na própria sala de atividades, inclusive alguns dos quais (como colchonetes e assentos ou outras superfícies que tenham contato corporal) devem ser desinfetados após serem utilizados (ANVISA, 2009). Apenas o RIS D abordava de forma aberta o assunto “limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e superfícies”, havendo espaço para que as seguintes informações fossem detalhadas: limpeza geral de piso, teto, paredes e filtro do ar condicionado; desinfecção de superfícies; e limpeza, desinfecção/esterilização de artigos (quando aplicável), dentre outros itens não aplicáveis a Epaf.

O RIS E possuía cada uma das seguintes classificações para cada item que o constituía: imprescindível (I), necessário (N) e recomendado (R). Este foi o único roteiro em que havia itens específicos para salas de lutas e/ou artes marciais, sendo necessário (N) o acolchoamento de toda a extensão da sala e recomendado (R) que colunas ou pilares próximos ou encostados nas paredes sejam protegidos e acolchoados à altura mínima de um metro. De acordo com a Resolução nº 52/2002 (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2002), Epaf devem cumprir os itens anteriormente citados, não sendo recomendados e sim obrigatórios. Tais itens também são mencionados na seção VII do “Manual de Orientações Para Fiscalização Sanitária em Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física e Afins”¹² (ANVISA, 2009).

A maioria dos itens do RIS E estavam, com algumas poucas exceções, embasados na Resolução nº 52/2002 do Confef, apesar dos entrevistados não terem especificado nenhum instrumento legal Federal ou mesmo Estadual utilizado pelo Órgão durante as ações em Epaf. Essa Resolução aborda questões relacionadas à higiene, segurança e estrutura física nos estabelecimentos em questão, apresentando uma parte específica para atividades aquáticas. Contudo, no referido RIS não havia uma parte para a inspeção em piscinas – havia apenas o item “atividade de natação / hidroginástica”, para a identificação do tipo de estabelecimento (Quadro 2).

Dois RIS (D e E) tinham dentre seus itens a utilização de álcool 70% para a desinfecção de superfícies. Segundo orientação no Manual proposto pela Anvisa (2009) para o controle sanitário em Epaf, o álcool 70% e papel toalha descartável devem ser utilizados e disponibilizados aos usuários desses locais.

O único RIS que dispunha do item “aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI)” foi o “D”. Contudo, não se sabe se isso é exigido pela respectiva Visa para Epaf, visto que o referido RIS é aplicável a vários estabelecimentos. De acordo com o MTE, em sua NR nº 06 (BRASIL, 1978, 2010), o empregador deve disponibilizar aos seus funcionários EPIs adequados aos riscos aos quais eles possam estar expostos. No caso de Epaf, alguns desses equipamentos são luvas, calçados e aventais, a serem utilizados pelos funcionários que fazem a limpeza local.

Somente o RIS D dispunha de uma versão *online* que poderia ser baixada e utilizada pelos responsáveis de Epaf para a realização da autoinspeção. Talvez por este motivo, esse

¹² No APÊNDICE C, apresentamos um resumo do referido Manual.

roteiro apresentava instruções para o preenchimento dos itens de avaliação. O referido RIS também apresentava em sua última parte uma lista de legislações pertinentes a estabelecimentos com atividades de assistências e/ou serviços de interesse à saúde pública. As legislações das esferas Federal e Estadual (RJ) direta ou indiretamente relacionadas a Epaf foram incluídas no Apêndice B.

4.2. LEGISLAÇÃO E CRITÉRIOS PARA INSPEÇÃO SANITÁRIA

Quanto às legislações utilizadas pelas Visas municipais estudadas, durante a pesquisa de campo, um total de 45 legislações foram citadas pelos entrevistados, sendo 26 municipais – nem todas disponibilizadas para análise, 14 estaduais (RJ) e cinco (5) federais. Além dessas legislações, três instrumentos orientadores de cunho federal foram mencionados (ANVISA, 2009, 2007b; BRASIL, 1994a).

Em relação à acessibilidade, das 26 legislações municipais levantadas neste estudo, 62% (16/26) estavam inacessíveis através de pesquisas em sítios eletrônicos e apenas 38% (10/26) tinham o acesso *online* disponibilizado (Quadro 4). Contudo, foi possível analisar 77% (20/26) do total dessas legislações municipais, já que 11 (onze) foram disponibilizadas pelos entrevistados e outras 9 (nove) foram obtidas através da pesquisa em sítios eletrônicos.

A respeito da realização das ações de vigilância sanitária em Epaf, 16% (3/19) das Visas estudadas não atuavam neste setor. Assim sendo, perguntas como legislações e critérios utilizados em Epaf foram aplicadas somente às Visas que atuavam nos referidos estabelecimentos, sendo 84% (16/19) dos órgãos municipais estudados.

4.2.1. Código Sanitário Municipal

Em relação ao Código Sanitário Municipal, 63% dos municípios (12/19) informaram dispor desse instrumento. A Tabela 4 apresenta os instrumentos legais municipais citados pelos entrevistados e o respectivo ano de promulgação. Contudo, ao analisar todas as legislações municipais levantadas no presente estudo (Quadro 4), constatou-se que somente cinco Visas (01, 04, 05, 07 e 08) dispunham de um documento oficial que estabelece ou

dispõe sobre o Código Sanitário (ou Código de Saúde) do Município. Em três municípios (Visas 11, 17 e 18) constatou-se que não há um código sanitário formal, apesar da existência de instrumentos legais aplicáveis às ações de vigilância sanitária. Em outros quatro municípios (Visas 03, 13, 14 e 19), não foi possível realizar essa avaliação devido à falta de acesso às legislações informadas pelos entrevistados.

Tabela 4 – Instrumentos legais e respectivo ano de promulgação citados pelas Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro

VISAS (n = 12)	INSTRUMENTO LEGAL	ANO DE PROMULGAÇÃO
Visa 01	Lei Municipal	2011
Visa 03	Lei Complementar	1994
Visa 04	Lei Municipal	2008
Visa 05	Lei Municipal	2002
Visa 07	Decreto Municipal*	2002
Visa 08	Lei Municipal	1995
Visa 11	Decreto Municipal*	2000
Visa 13	Lei Municipal	2007
Visa 14	Lei Municipal	1991
Visa 17	Lei Municipal	1997
Visa 18	Lei Municipal	1997
Visa 19	Lei Municipal	2007

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas.

4.2.2. Legislações utilizadas em Epaf

Quanto às legislações utilizadas como base para as ações de vigilância sanitária em Epaf, 81% (13/16) dos municípios utilizavam alguma legislação em nível municipal; 56% (9/16) em nível Estadual; e 69% (11/16) utilizavam alguma legislação ou manual em nível Federal (Tabela 5).

Tabela 5 – Legislações ou Manuais utilizados pelas Visas municipais para as ações de inspeção sanitária em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitana I e II do Estado do Rio de Janeiro)

VISAS (n=16)	LEGISLAÇÕES OU MANUAIS FEDERAIS	LEGISLAÇÕES ESTADUAIS	LEGISLAÇÕES MUNICIPAIS
Visa 01	X	-	X
Visa 02	X	X	X
Visa 03	X	-	X
Visa 04	X	X	X
Visa 06	X	X	X
Visa 07	-	-	X
Visa 08	-	-	X
Visa 09	X	X	X
Visa 10	X	X	X
Visa 11	X	X	X
Visa 12	X	X	-
Visa 13	-	-	X
Visa 14	X	X	-
Visa 15	Não Informado	Não Informado	Não Informado
Visa 16	X	X	X
Visa 19	-	-	X
TOTAL	11	9	13
%	69%	56%	81%

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que atuam em Epaf; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; X = Legislação citada; - = Legislação não citada.

4.2.2.1. Legislações municipais

Através das 13 Visas municipais (81%) que utilizavam legislações da esfera municipal para a execução das ações em Epaf, 19 legislações municipais foram citadas, sendo: 9 (nove) leis, 5 (cinco) decretos, 4 (quatro) resoluções e 1 (uma) portaria. Nem todas foram disponibilizadas para posterior análise (Quadro 4).

No Quadro 4 é possível observar que das 19 legislações municipais utilizadas em Epaf, 4 (quatro) foram inacessíveis para a análise, pois não foram disponibilizadas pelos entrevistados e também não estavam disponíveis em sítios eletrônicos. Deste modo, foram analisadas 15 (quinze) dessas legislações, sendo possível constatar que 12 (doze) eram aplicáveis a Epaf – sendo que 10 (dez) citavam tais estabelecimentos (através de palavras como academias de ginástica, clubes, locais de esporte e congêneres, entre outros) e 2 (duas) não citavam, mas eram aplicáveis aos estabelecimentos em questão; as outras três dessas 15 legislações não eram aplicáveis a Epaf.

**Quadro 4 – Visas municipais e principais instrumentos municipais legais empregados nas ações de vigilância sanitária
(municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)**

VISAS (n = 19)	INSTRUMENTOS LEGAIS E SUAS DISPOSIÇÕES	APLICABILIDADE EM EPAF	USO EM EPAF	DISPONIBILIDADE EM SÍTIO ELETRÔNICO
Visa 01	Lei Municipal (2011) – dispõe sobre o Código Sanitário do Município.	Aplicável a Epaf – cita: locais de esporte e recreação; clubes; estabelecimentos de diversão pública em geral.	Sim	Sim
	Portaria Municipal (2006) – dispõe sobre o licenciamento de Estabelecimentos de Interesse para a Saúde, no âmbito da Vigilância Sanitária Municipal, e dá outras providências.	Aplicável a Epaf – cita: educação física; academias de ginástica; hidroterapia e congêneres.	Sim	Sim
Visa 02	Resolução Municipal (2002) – dispõe sobre a regulamentação administrativa para a utilização de documento específico de intimação, a ser aplicado nas ações de vigilância e fiscalização sanitária em estabelecimentos, produtos e serviços de interesse à saúde, no âmbito do Município.	Aplicável a Epaf – não cita Epaf, contudo é aplicável a tais estabelecimentos.	Sim	Sim
	Resolução Municipal (2012) – estabelece a relação de documentos necessários ao Licenciamento Sanitário em Saúde.	Aplicável a Epaf – não cita Epaf, contudo é aplicável a tais estabelecimentos.	Sim	Sim
	Resolução Municipal (2004) – dispõe sobre o licenciamento de estabelecimentos de interesse para a saúde, no âmbito da Vigilância Sanitária Municipal, e dá outras providências.	Aplicável a Epaf – cita: educação física; academias de ginástica, de hidroterapia e congêneres.	Sim	Sim

Visa 03	Lei Complementar (1994) – dispõe sobre o Código Sanitário do Município.*	Indisponível para análise.	Sim	Não
Visa 04	Lei Municipal (2008) – dispõe sobre o Código Sanitário do Município.	Aplicável a Epaf – cita: locais de esporte e recreação; clubes.	Sim	Sim
	Lei Municipal (2009) – dispõe sobre a fixação de dispensadores de álcool em gel nos locais de maior fluxo de pessoas, destinados à higiene das mãos de usuários e funcionários.	Aplicável a Epaf – cita: clubes sociais ou esportivos; academia de ginástica.	Sim	Sim
	Lei Municipal (2008) – dispõe sobre a existência de placas indicativas de profundidade para as bordas das piscinas.	Aplicável a Epaf – cita: clubes; sociedades esportivas e similares.	Sim	Sim
Visa 05**	Lei Municipal (2002) – dispõe sobre o Código Sanitário do Município.	Aplicável a Epaf – cita: escolas de natação; escolas de balé; academia de ginástica; clubes recreativos; academia de dança.	NSA	Sim
Visa 06	Decreto Municipal (1997) – dispõe sobre a fiscalização sanitária no Município.	Não aplicável a Epaf.	Sim	Não
	Resolução Municipal (2006).	Indisponível para análise.	Sim	Não
Visa 07	Decreto Municipal (2002) – regulamenta o Código de Saúde do Município, instituído em 1994.	Aplicável a Epaf – cita: escolas de natação; escolas de balé; academia de ginástica; clubes recreativos; academia de dança.	Sim	Não
Visa 08	Lei Municipal (1995) – estabelece o Código de Saúde do Município.	Não aplicável a Epaf – não cita Epaf, inclui estabelecimentos de fisioterapia e afins.	Sim	Não

Visa 09	Lei Municipal (1991) – dispõe sobre regulamento da defesa e proteção da saúde no tocante a alimentos e à higiene habitacional e ambiental do Município.	Aplicável a Epaf – inclui seção específica para piscinas e cita: “Entendem-se como piscina, a estrutura e as instalações destinadas a banhos e à prática de esportes aquáticos (...)”.	Sim	Não
	Lei Municipal (2000) – dispõe sobre o controle de populações animais e sobre a prevenção e o controle de zoonoses no Município e dá outras providências.	Não aplicável a Epaf.	Não	Sim
Visa 10	Decreto Municipal (2007) – dispõe sobre o licenciamento de estabelecimentos de interesse para a saúde, no âmbito da Vigilância Sanitária Municipal, e dá outras providências.	Aplicável a Epaf – cita: academias de ginástica, musculação, condicionamento físico e congêneres; qualquer outro estabelecimento a critério da autoridade sanitária municipal competente.	Sim	Não
Visa 11	Decreto Municipal (2000) – regulamenta a Lei Municipal (1997) que institui o procedimento de defesa e proteção à saúde no tocante a alimentos e à higiene ambiental no Município e dá outras providências.	Não aplicável a Epaf.	Sim	Não
Visa 12	Nenhuma legislação municipal foi mencionada.	---	---	---
Visa 13	Lei Municipal (2007) – dispõe sobre o Código Sanitário do Município.*	Indisponível para análise.	Sim	Não
Visa 14	Lei Municipal (1991) – dispõe sobre o Código Sanitário do Município.*	Indisponível para análise. De acordo com o entrevistado, essa Lei é mais voltada para “Alimentos”, portanto, não é aplicável a Epaf.	Não	Não

Visa 15	Nenhuma legislação municipal foi mencionada.	---	---	---
Visa 16	Decreto Municipal (1993) – institui o regulamento sobre saneamento básico, das edificações, rural e higiene do trabalho.	Aplicável a Epaf – inclui seção específica para piscinas e cita locais de reunião, tais como: de esportes, recreativos, sociais, culturais e religiosos.	Sim	Não
Visa 17**	Lei Municipal (1997) – dispõe sobre a inspeção e fiscalização sanitária dos gêneros alimentícios e da higiene habitacional do Município.	Não aplicável a Epaf.	NSA	Não
Visa 18**	Lei Municipal (1997) – regulamento que disciplina os serviços de inspeção de produtos de origem animal e de fiscalização sanitária dos gêneros alimentícios e de higiene habitacional do Município.	Não aplicável a Epaf.	NSA	Não
Visa 19	Lei Municipal (2007) – dispõe sobre o Código de Vigilância em Saúde do Município.*	Indisponível para análise.	Sim	Não

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; --- = Não citado; * Informações somente mencionadas pelo entrevistado; ** Não atua em Epaf; NSA = Não se aplica, pois a Visa não atua em Epaf.

Apesar de 84% (16/19) dos entrevistados terem informado, na questão que abordava os materiais indicados pela Anvisa (2007b), que dispunham de “legislação pertinente” impressa (Tabela 3), de modo geral as legislações não eram específicas para Epaf (Quadro 4), nem dispunham de uma parte com critérios específicos para tais estabelecimentos, sendo basicamente citados dentre os diversos locais e estabelecimentos sob o âmbito das legislações em questão.

No Quadro 4 também é possível verificar que as Visas 12 e 15 não citaram nenhum instrumento legal municipal utilizado nas ações em Epaf. Além disto, as Leis municipais às quais os Decretos citados pelas Visas 07 e 11 se remetem não foram citadas pelos entrevistados – e também não estavam disponíveis em sítios eletrônicos.

De modo geral, a maioria das legislações levantadas e analisadas eram mais voltadas ao setor alimentício (estabelecimentos e produtos).

Dois instrumentos legais analisados (Visas 09 e 16) só foram considerados aplicáveis a Epaf por disporem de uma parte específica para piscinas. Ao analisar tais instrumentos – uma Lei e um Decreto – observou-se que os níveis estabelecidos de pH seriam de 7,2 a 8,4 no primeiro e de 6,7 a 7,9 no segundo. Esses valores estão em desacordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 1989), que sugere níveis de pH na faixa de 7,2 a 7,8. Além disso, o segundo desses instrumentos estabelece que os níveis de cloro residual em piscina sejam entre 0,5 e 0,8 mg/L, discordando novamente do que é indicado pela ABNT (1989), níveis entre 0,8 mg/L e 3,0 mg/L. Essas mesmas indicações da ABNT também são citadas no Manual de Orientações Para a Fiscalização Sanitária em Epaf, da Anvisa (2009).

Apesar de 81% das Visas que atuam em Epaf terem informado utilizar instrumentos legais municipais na execução de suas ações nos referidos estabelecimentos, menos da metade (44%, 7/16) dispunha de algum instrumento aplicável a tais estabelecimentos (Tabela 6). Contudo, ressalta-se que nenhuma legislação municipal analisada era específica para as ações em Epaf ou continha uma parte com critérios mais voltados para os estabelecimentos em questão – a não ser nos casos específicos para a fiscalização de piscinas e ambientes ao redor desta.

Tabela 6 – Visas que atuam em Epaf e dispõem de instrumentos legais municipais aplicáveis a tais estabelecimentos (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

VISAS (n = 7)	INSTRUMENTO LEGAL APLICÁVEL A EPAF
Visa 01	Dois
Visa 02	Três
Visa 04	Três
Visa 07	Um
Visa 09	Um
Visa 10	Um
Visa 16	Um
TOTAL	12

Visas = Órgãos de vigilância sanitária;
n = Número de Visas que atuam em Epaf e que dispõem de instrumentos legais municipais aplicáveis a Epaf.

4.2.2.2. Legislações Estaduais

Quanto às legislações estaduais utilizadas em Epaf, quatorze (14) instrumentos legais foram citados (Tabela 7).

Tabela 7 – Legislações estaduais utilizadas pelas Visas municipais para as ações de inspeção sanitária em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)*

VISAS (n = 9)	Resolução nº 1.411/10 ^a	Código Sanitário Estadual/RJ (1975a, 1978) ^b	Lei nº 4.734/06 ^c	Lei nº 2.091/93 ^d	Lei nº 4.192/03 ^e
Visa 02	X	X	-	-	-
Visa 04	-	-	X	X	X
Visa 06	-	-	-	-	-
Visa 09	-	-	-	-	-
Visa 10	X	-	-	-	-
Visa 11	NE	NE	NE	NE	NE
Visa 12	-	-	-	-	-
Visa 14	X	-	-	-	-
Visa 16	-	X	X	X	X
TOTAL	3	2	2	2	2
%	19%	13%	13%	13%	13%
VISAS (n = 9)	Lei nº 3.728/01 ^f	Decreto nº 20.356/94 ^g	Decreto nº 6.538/83 ^h	Lei nº 4.978/07 ⁱ	Lei nº 2.835/97 ^j
Visa 02	-	-	-	-	-
Visa 04	X	X	-	X	-
Visa 06	-	-	X	-	-
Visa 09	X	-	-	-	-
Visa 10	-	-	-	-	-
Visa 11	NE	NE	NE	NE	NE
Visa 12	-	-	X	-	-
Visa 14	-	-	-	-	-
Visa 16	-	X	-	X	X
TOTAL	2	2	2	2	1
%	13%	13%	13%	13%	6%
VISAS (n = 9)	Lei nº 5.837/10 ^l	Decreto-Lei nº 247/75 ^m	Decreto nº 4.447/81 ⁿ	Lei nº 4.428/04 ^o	
Visa 02	-	-	-	-	
Visa 04	X	X	-	-	
Visa 06	-	-	-	-	
Visa 09	-	-	X	X	
Visa 10	-	-	-	-	
Visa 11	NE	NE	NE	NE	
Visa 12	-	-	-	-	
Visa 14	-	-	-	-	
Visa 16	-	-	-	-	
TOTAL	1	1	1	1	
%	6%	6%	6%	6%	

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que utilizavam legislações estaduais para as ações em Epaf; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; NE = Não especificado; X = instrumento citado; - = instrumento não citado; *As legislações estaduais citadas, quando aplicáveis a Epaf, estão no APÊNDICE B. a – descentralização das ações de vigilância sanitária; b – Código Sanitário do Estado do RJ; c – fixação de avisos em Epaf sobre o uso de anabolizantes; d – dispensadores de sabonete líquido e de papel toalha; e – limpeza e inspeção de ar condicionado central; f – obrigatoriedade de guarda

de piscina habilitado em locais com piscina acima de 6m x 6m; g – obrigatoriedade de limpeza e higienização dos reservatórios de água para fins de manutenção dos padrões de potabilidade; h – aprova o regulamento sobre alimentos, higiene e fiscalização (não aplicável a Epaf); i – exigência de atestado médico; j – exigências de atestado médico para praticantes de atividade física; l – dispositivos para interromper o processo de sucção das piscinas; m – segurança contra incêndio e pânico; n – controle e fiscalização de piscina; o – substitui o termo “salva-vidas” por “guardião de piscina”.

É possível observar na Tabela 7 que, dentre as 14 legislações estaduais (RJ) utilizadas pelas Visas municipais para as ações em Epaf, a Resolução nº 1.411 (RIO DE JANEIRO, 2010b), de 15 de outubro de 2010, foi a mais citada (três vezes, 19%). Contudo, esta Resolução apenas determina a descentralização das ações de vigilância sanitária, de vários tipos de estabelecimentos, para os municípios; revoga outras resoluções publicadas anteriormente e mantém como responsabilidade dos órgãos municipais a execução das ações de vigilância sanitária em “academias de ginástica, musculação, condicionamento físico e congêneres” (Epaf), dentre outros estabelecimentos. Deste modo, cabe às Visas municipais as ações de concessão, revalidação, cassação de licença de funcionamento (licença sanitária) e inspeção sanitária em estabelecimentos prestadores de serviços associados à saúde, incluindo Epaf (RIO DE JANEIRO, 2010b). Apesar disto, ressalta-se que, conforme já mencionado, três Visas Municipais estudadas ainda não atuavam em Epaf.

Na Tabela 7, o Código Sanitário Estadual (RIO DE JANEIRO, 1975a, 1978) está representado pelo Decreto-Lei nº 214, de 17 de julho de 1975, e pelo Decreto nº 1.754, de 14 de março de 1978. O primeiro aprova o Código de Saúde do Estado Rio de Janeiro e o segundo aprova as "Normas Técnicas Especiais" referidas no Decreto-Lei nº 214. Esse Código (1975a, 1978) foi citado por dois municípios (13%) e, ao analisá-lo, observou-se que o Decreto-Lei 214/1975 abrange “locais de esporte e recreação”, além do “exercício das profissões médica, veterinária (...) e outras profissões afins ligadas à saúde”; enquanto o Decreto nº 1.775/1978 cita “estabelecimento de esteticismo, de ginástica e congêneres” e estabelece que o responsável técnico nesses estabelecimentos seja um médico.

Dentre os instrumentos legais estaduais apresentados na Tabela 7, somente duas leis podem ser consideradas específicas para Epaf: a Lei Estadual nº 4.978, de 08 de janeiro de 2007, que, além de estabelecer a exigência do atestado médico aos praticantes de atividade física, estabelece que o referido atestado seja arquivado no Epaf e esteja à disposição dos fiscais sanitários durante as ações de vigilância sanitária (RIO DE JANEIRO, 2007); e a Lei Estadual nº 4.734, de 29 de março de 2006, que obriga os Epaf a fixarem avisos sobre uso

inadequado de anabolizantes (RIO DE JANEIRO, 2006). As referidas Leis foram citadas somente por duas Visas (13%).

Duas Visas informaram utilizar o Decreto Estadual nº 6.538, de 17 de fevereiro de 1983, para as ações em Epaf. Contudo, este Decreto (RIO DE JANEIRO, 1983) não é aplicável a tais estabelecimentos, pois é específico para alimentos e estabelecimentos alimentícios. Apesar disto, ao analisá-lo, foi possível constatar que há uma parte intitulada por “Infração e Penalidades”. Por este motivo, a interpretação dada, num primeiro momento, a esses dois casos foi de que, devido ao fato desses municípios não disporem de um código sanitário próprio, talvez utilizassem as infrações e penalidades dispostas no Decreto Estadual em questão. Contudo, numa segunda análise, observou-se que uma dessas Visas também utilizava um Decreto Municipal não aplicável à Epaf, mas que possuía uma parte sobre as infrações sanitárias e penalidades; enquanto a outra Visa utilizava a Lei Federal nº 6.437/1977 (BRASIL,1977), sobre infrações sanitárias.

Os demais (9) instrumentos legais estaduais (RJ) citados durante as entrevistas apresentam critérios mais específicos que podem ser aplicados a Epaf. Tais instrumentos legais abordam assuntos diversos – desde a obrigatoriedade de laudo de aprovação pelo Corpo de Bombeiros para a liberação de autorização para funcionamento até a obrigatoriedade de guardião de piscina nos locais com piscina de uso coletivo com dimensões superiores a 6m por 6m ou (APÊNDICE B).

4.2.2.3. Legislações ou Manuais de cunho federal

Quanto aos municípios cujos entrevistados afirmaram utilizar leis ou manuais em nível Federal, um (6%) entrevistado não soube especificar quais eram esses instrumentos; 31% (5/16) utilizavam a Lei nº 6.437/1977; 19% (3/16) utilizavam o Protocolo de Ações em Vigilância Sanitária; 13% (2/16) utilizavam a Resolução nº 52/2002, do Confef; dentre outros (Tabela 8).

Tabela 8 – Legislações ou manuais federais utilizados pelas Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro para as ações de inspeção sanitária em Epaf

VISAS (n = 11)	LEIS FEDERAIS*			PUBLICAÇÕES DA ANVISA*				LEIS DO CONFEF*
	6.437/77* (Infrações sanitárias)	8.080/90* (LOS)	Manual de Processamento de artigos e superfícies em ES (1994a)*	Protocolo para ações de vig. sanitária (2007b)*	Manual para ações em Epaf (2009)*	RDC nº 306/04 - Gerenciamento de RSS (2004b)	RDC nº 50/02 - Projetos físicos de EAS (2002)	Resolução nº 52/02 (Fiscalização e funcionamento de Epaf)*
Visa 01	-	-	-	-	X	-	-	-
Visa 02	X	-	-	-	-	-	-	-
Visa 03	X	-	-	-	-	-	-	-
Visa 04	-	-	-	X	-	-	-	X
Visa 06	-	-	-	X	-	-	-	-
Visa 09	-	-	-	-	-	-	X	-
Visa 10	X	-	-	-	-	-	-	-
Visa 11	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
Visa 12	X	-	-	-	-	-	-	-
Visa 14	X	X	-	-	-	-	-	-
Visa 16	-	-	X	X	-	X	-	X
TOTAL	5	1	1	3	1	1	1	2
%	31%	6%	6%	19%	6%	6%	6%	13%

VISAS = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que atuam em Epaf e que utilizavam legislações ou manuais em nível Federal para as ações nesses estabelecimentos; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; LOS = Lei Orgânica da Saúde; ES = Estabelecimentos de saúde; RSS = Resíduos de serviços em saúde; EAS = Estabelecimentos assistenciais de saúde; NE = Não especificado; Anvisa = Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Confef = Conselho Federal de Educação Física; X = Instrumento citado; - = Instrumento não citado; *APÊNCICE “B”, são aplicáveis a Epaf.

Apesar de 69% (11/16) dos municípios terem mencionado utilizar legislações ou manuais da esfera Federal, apenas três dentre os oito instrumentos citados são específicos para Epaf: Protocolo das ações de vigilância sanitária (ANVISA, 2007b) – citado por três entrevistados; Resolução nº 52/2002 do Confef (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2002) – citada por duas dessas Visas; Manual de orientações para fiscalização sanitária em estabelecimentos prestadores de atividade física e afins (ANVISA, 2009) – citado por uma Visa.

O Protocolo das ações de vigilância sanitária (ANVISA, 2007b) tem como principal objetivo orientar os órgãos de vigilância sanitária quanto à descentralização das ações. Deste modo, apresenta orientações quanto às ações de vigilância sanitária em diversos tipos de estabelecimentos, havendo, inclusive, uma parte específica para Epaf, além de indicar materiais a serem utilizados durante as inspeções sanitárias.

A Resolução nº 52/2002 (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2002) dispõe sobre normas básicas complementares para fiscalização e funcionamento de pessoas jurídicas prestadoras de serviços na área da atividade física, desportiva, e similares, ou seja, Epaf. Esta resolução estabelece vários critérios aos quais Epaf devem se enquadrar. Dentre esses critérios:

espaços físicos que possibilitem o desenvolvimento de atividades físicas, específicas e permitam a necessária separação e independência dessas atividades, visando garantir princípios de segurança, saúde e ergonomia, na prática destas, devendo o mesmo dispor de áreas com instalações, equipamentos e suprimentos necessários para assegurar à correta disposição.

O Manual de Orientações Para Fiscalização Sanitária em Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física e Afins (ANVISA, 2009) é um instrumento de cunho orientador, específico para as ações de vigilância sanitária nos estabelecimentos em questão. Conforme já mencionado, este Manual visa orientar os órgãos de vigilância sanitária quanto às ações e a formulação de legislação sanitária específica para Epaf. O referido Manual é composto por 13 (treze) seções (APÊNDICE C) e, tendo em vista a ampla diversidade regional do Brasil, a Anvisa (2009) sugere que ele seja adaptado às necessidades locais, em cada âmbito de gestão.

Duas legislações federais citadas não são específicas para Epaf, porém são aplicáveis a esses estabelecimentos, são elas: a Lei nº 6.437, 20 de agosto de 1977 (BRASIL, 1977), que

dispõe sobre as infrações sanitárias, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que estabelece a descentralização das ações em saúde, inclusive em vigilância sanitária. Foi citado também o Manual de processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 1994a), este Manual é específico para serviços de assistência à saúde, mas pode ser também aplicável a Epaf, em alguns aspectos como desinfecção de bebedouros.

Embora alguns entrevistados tenham informado utilizar a RDC nº 306/2004 e a RDC nº 50/2002, instrumentos legais da Anvisa, tais instrumentos não são aplicáveis a Epaf. A RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004 (ANVISA, 2004b), dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, ou seja, é aplicável a hospitais, clínicas, estabelecimentos de acupuntura, entre outros. Contudo, o resíduo produzido em Epaf é do tipo doméstico e não necessita de acondicionamento nem descarte especiais. A RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (ANVISA, 2002b), dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

4.2.2.3.1. Manual para ações em Epaf (ANVISA, 2009)

Apesar dos entrevistados de apenas uma Visa terem informado, espontaneamente, que se embasavam no Manual de Orientações Para Fiscalização Sanitária em Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física e Afins, proposto pela Anvisa (2009), quando, num outro momento da entrevista, os entrevistados foram questionados se o referido Manual era de conhecimento dos integrantes das respectivas Visas estudadas e se eles utilizavam-no durante as ações em Epaf, 38% (6/16) informaram conhecer, sendo que 25% (4/16) informaram utilizar – duas Visas utilizavam integralmente, outras duas, parcialmente.

Dentre as Visas que não atuavam em Epaf, os respondentes de um município informaram conhecer o Manual em questão (ANVISA, 2009). Deste modo, dentre todas as Visas estudadas, apenas 37% (7/19) conheciam o referido instrumento, ressaltando-se que 63% (12/19) de todos os entrevistados desconheciam o referido Manual.

Dentre as Visas que atuavam em Epaf e que conheciam o Manual para ações nesses estabelecimentos (ANVISA, 2009), na Tabela 9 é possível observar que apenas duas (Visas

02 e 03) dispunham de RIS específico para Epaf. Uma dessas Visas utilizava o referido Manual, parcialmente – talvez por dispor do RIS; enquanto a outra não utilizava, alegando que, por não se tratar de um instrumento legal, e sim se cunho orientador, não poderiam tê-lo como norteador das ações.

4.2.3. Inspeção sanitária

Em relação à realização de inspeções sanitárias, dentre os 19 municípios estudados, conforme já mencionado, 16% (3) não realizavam inspeção sanitária em Epaf (Visas: 5, 17 e 18). As justificativas que as Visas 5 e 17 apresentaram para a não realização de tais ações foram, respectivamente, as seguintes: i) houve mudança na gestão da Visa e as devidas providências serão tomadas para que em breve os Epaf também sejam inspecionados; ii) Epaf não estão incluídos no Código Sanitário Municipal, contudo os banheiros desses estabelecimentos são vistoriados, já que isto está previsto no código em questão, para que seja emitida a licença sanitária inicial.

Quanto à visita prévia para a concessão da licença sanitária, das 16 Visas que realizavam inspeção sanitária em Epaf, somente uma não realizava visita prévia, pois utiliza um sistema *online*, através do qual, após o requerente apresentar a documentação requisitada pela Visa, o estabelecimento adquire a licença. Neste caso, a visita prévia só é realizada quando o referente solicita. Cabe mencionar novamente que a Visa 17 não fiscalizava Epaf, porém vistoriava os banheiros desses estabelecimentos previamente à concessão da licença sanitária, sendo este critério e a documentação técnica as únicas exigências para a regularização de Epaf junto à Visa em questão.

4.2.4. Resumo dos principais achados sobre a atuação e os instrumentos utilizados pelas Visas municipais em Epaf

Na Tabela 9, é possível identificar o resumo dos principais achados no presente estudo, referentes à atuação das Visas municipais em Epaf, às legislações municipais, aos RIS e ao Manual proposto pela Anvisa (2009) para ações em Epaf.

Tabela 9 – Resumo dos principais achados referentes à atuação das Visas municipais em Epaf e aos instrumentos por elas utilizados

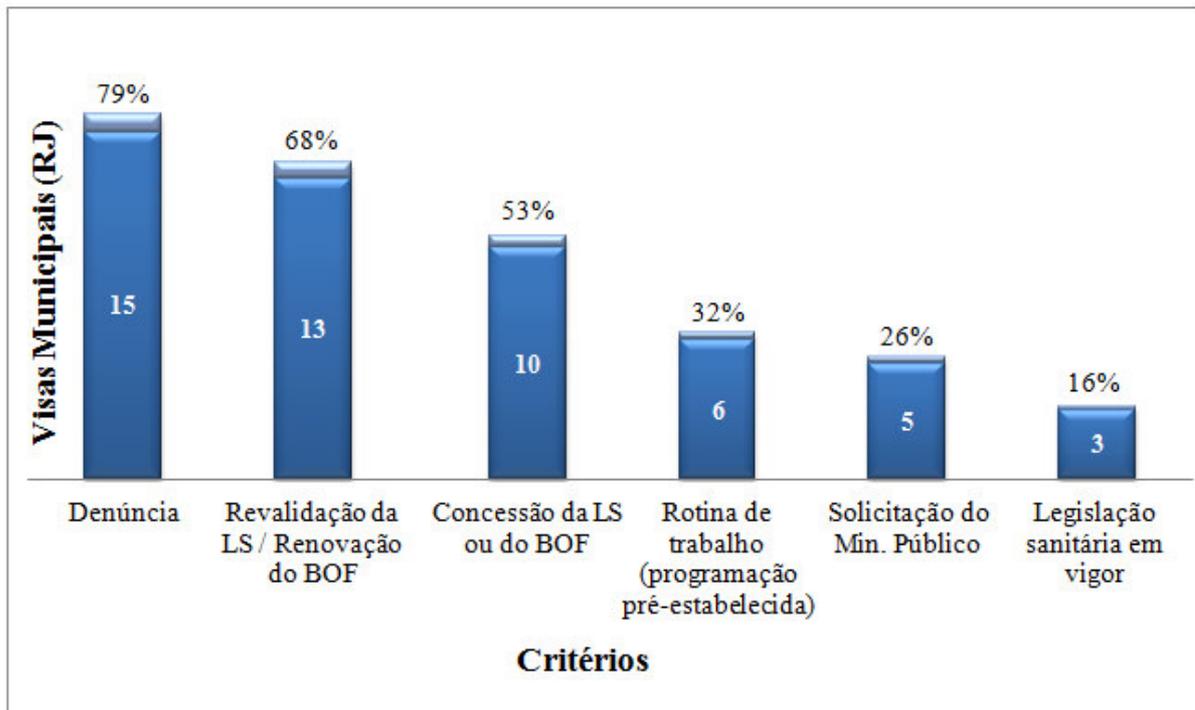
PERGUNTAS	VISAS (N=19)																			TOTAL “SIM”	%
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Atua em Epaf?	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	16/19	84%
Realiza visita prévia à concessão da LS?	S	N	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	S	15/16	94%
Possui Código Sanitário Municipal formal?	S	N	N	S	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	5/19	26%
Possui legislação sanitária municipal?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	*	S	S	*	S	S	S	S	17/19	89%
Dispõe de legislações aplicáveis a Epaf?	S	S	IA	S	**	N	S	N	S	S	N	*	IA	IA	*	S	N	N	IA	7/19	37%
Dispõe de RIS específico para Epaf?	N	S	S	N	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	5/19	26%
Conhece o Manual da Anvisa (2009)?	S	S	S	S	S	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	7/19	37%
Utiliza o Manual da Anvisa (2009)?	S _T	N	S _P	N	-	N	N	N	S _P	N	N	N	N	N	N	S _T	-	-	N	4/16	25%

VISAS = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas; **S** = Sim; **S_T** = Sim (totalmente); **S_P** = Sim (parcialmente); **N** = Não; - = Não atua em Epaf; **LS** = Licença Sanitária; **RIS** = Roteiro de inspeção sanitária; **IA** = Indisponível para análise; * Nenhuma legislação municipal foi citada; ** Possui, porém ainda não atua em Epaf.

4.2.5. Critérios prévios à inspeção sanitária em estabelecimentos diversos

Todos os entrevistados (19 Visas, 100%) afirmaram que dispunham de critérios prévios à realização da inspeção sanitária nos diversos tipos de estabelecimentos, sendo: i) 79% (15) denúncias; ii) 68% (13) revalidação da licença sanitária ou renovação do boletim de ocupação e funcionamento (BOF); iii) 53% (10) concessão da licença sanitária ou do BOF; iv) 32% (6) rotina de trabalho (programação pré-estabelecida); v) 26% (5) atendimento às solicitações do Ministério Público; vi) 16% (3) legislação sanitária em vigor (Figura 4 e Tabela 10).

Figura 4 – Critérios utilizados pelas Visas municipais previamente à realização da inspeção sanitária em estabelecimentos diversos (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro; n = 19)



Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas; LS = Licença Sanitária; BOF = Boletim de Ocupação e Funcionamento.

Dezesseis por cento dos entrevistados (3/19) informaram que utilizam os critérios estabelecidos na legislação sanitária em vigor, mas não especificaram quais são (Figura 4 e Tabela 10).

Tabela 10 – Visas municipais e respectivos critérios (prévios) utilizados para a realização da inspeção sanitária em estabelecimentos diversos (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

Amostra (n = 19)	Denúncia	Revalidação da LS ou renovação do BOF	Concessão da LS ou do BOF	Rotina de trabalho*	Solicitação do Ministério Público	Legislação sanitária em vigor
Visa 01	X	X	X	-	X	-
Visa 02	-	-	-	-	-	X
Visa 03	-	-	-	-	-	X
Visa 04	X	X	-	-	X	-
Visa 05	X	X	X	-	-	-
Visa 06	X	X	-	-	-	-
Visa 07	X	X	X	-	-	-
Visa 08	-	-	-	-	-	X
Visa 09	X	X	X	X	-	-
Visa 10	X	X	X	X	-	-
Visa 11	X	-	X	X	-	-
Visa 12	X	X	-	-	X	-
Visa 13	X	X	-	X	-	-
Visa 14	X	X	X	X	X	-
Visa 15	X	X	-	-	-	-
Visa 16	X	X	-	X	-	-
Visa 17	-	-	X	-	-	-
Visa 18	X	-	X	-	-	-
Visa 19	X	X	X	-	X	-
TOTAL	15	13	10	6	5	3
%	79%	68%	53%	32%	26%	16%

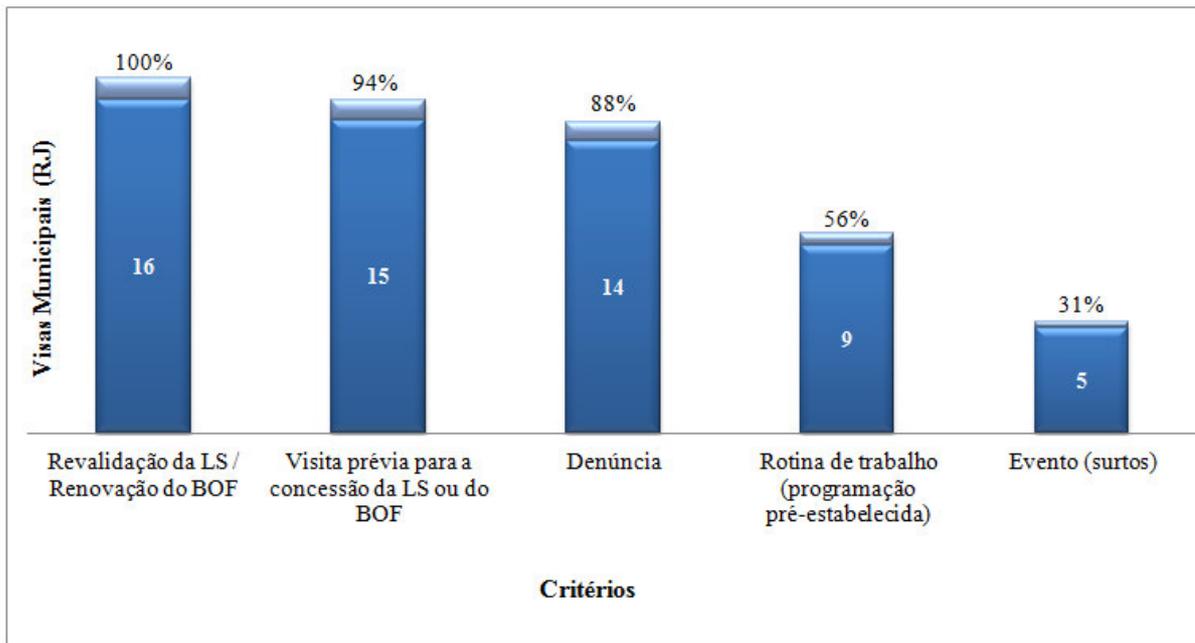
* Programação pré-estabelecida. Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas; LS = Licença Sanitária; BOF = Boletim de Ocupação e Funcionamento; X = Critério citado; - = Critério não citado.

Além dos critérios apresentados na Tabela 10, foram citadas, com menor frequência, outras situações, como: renovação do alvará de funcionamento (11%); atendimento a determinações do Estado ou da Anvisa para o recolhimento de produtos (5%); atendimento a solicitações da SMS (5%); e ainda visitas aos estabelecimentos para orientação sobre vigilância sanitária (5%).

4.2.6. Critérios prévios à inspeção sanitária em Epaf

Nos municípios que atuam em Epaf (16), a realização das inspeções sanitárias nesses estabelecimentos é motivada em 100% das Visas municipais pela necessidade de revalidação de licença sanitária ou renovação do BOF; em 94% (15) pela necessidade de visita prévia para concessão da licença sanitária inicial ou do BOF. Denúncias e rotina de trabalho foram relatadas por 88% (14) e 56% (9) dos entrevistados, respectivamente. Observou-se que inspeções efetuadas devido a agravos à saúde (surtos) foram citadas por 31% (5) das Visas municipais (Figura 5 e Tabela 11).

Figura 5 – Principais critérios (prévios) para a realização da inspeção sanitária em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro; n = 16)



Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que atuam em Epaf; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; LS = Licença Sanitária; BOF = Boletim de Ocupação e Funcionamento.

Foi mencionado que eventos/surtos em Epaf são raros, porém em caso de necessidade é possível que este seja um dos critérios para a execução da inspeção sanitária.

Tabela 11 – Principais critérios (prévios) para a realização da inspeção sanitária em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

VISAS (n = 16)	Revalidação da LS ou do BOF	Visita prévia para a concessão da LS ou do BOF	Denúncia	Rotina de trabalho*	Evento (surtos)
Visa 01	X	X	X	X	X
Visa 02**	X	-	X	X	X
Visa 03	X	X	X	-	-
Visa 04	X	X	X	X	X
Visa 06	X	X	X	X	-
Visa 07	X	X	X	X	-
Visa 08	X	X	X	X	-
Visa 09	X	X	X	-	X
Visa 10	X	X	X	X	X
Visa 11	X	X	X	X	-
Visa 12	X	X	X	X	-
Visa 13	X	X	-	-	-
Visa 14	X	X	X	-	-
Visa 15	X	X	-	-	-
Visa 16	X	X	X	-	-
Visa 19	X	X	X	-	-
TOTAL	16	15	14	9	5
%	100%	94%	88%	56%	31%

* Programação pré-estabelecida. ** Só realiza a visita prévia se o requerente solicitar.

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que atuam em Epaf; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; LS = Licença Sanitária; BOF = Boletim de Ocupação e Funcionamento (documento com a mesma função da licença sanitária). X = Critério citado; - = Critério não citado.

4.2.7. Exigências das Visas municipais para a concessão da licença sanitária a Epaf

Dentre os municípios que executam ações de vigilância sanitária em Epaf (16), as exigências feitas pelas Visas para que seja concedida a licença sanitária aos estabelecimentos em questão são: i) documentação do estabelecimento, 75% (12); ii) condições higienicossanitárias satisfatórias, 50% (8); iii) adequação física, 38% (6); iv) responsável técnico, 25% (4); v) pagamento da taxa de inspeção sanitária, 19% (3); vi) atendimento às legislações vigentes, 13% (2); vii) atestado médico dos alunos/clientes, 6% (1); viii) itens do RIS, 6% (1); cumprimentos dos requisitos solicitados pelos fiscais sanitários após a vistoria local, 6% (1) (Tabela 12).

**Tabela 12 – Exigências das Visas municipais para a concessão de licença sanitária a Epaf
(municípios das sub-regiões Metropolitana I e II do Estado do Rio de Janeiro)**

VISAS (n = 16)	Documentação do estabelecimento	Condições higienicossanitárias satisfatórias	Adequação física	Responsável técnico	Pagamento da taxa de inspeção sanitária	Atendimento às legislações vigentes	Atestado médico dos alunos/clientes	Itens do RIS	Cumprimento dos requisitos solicitados pelos fiscais sanitários após a vistoria local
Visa 01	X	-	X	-	-	-	-	-	-
Visa 02	-	-	-	-	-	X	-	-	-
Visa 03	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Visa 04	X	X	X	-	-	-	-	-	-
Visa 06	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Visa 07	-	X	-	-	-	-	-	-	-
Visa 08	X	X	-	-	-	-	-	-	-
Visa 09	-	X	X	X	-	-	X	-	-
Visa 10	X	-	X	-	-	-	-	-	-
Visa 11	X	-	-	X	-	-	-	-	-
Visa 12	X	X	X	X	X	-	-	X	-
Visa 13	X	X	X	-	-	X	-	-	-
Visa 14	X	X	-	-	-	-	-	-	-
Visa 15	-	X	-	-	-	-	-	-	-
Visa 16	X	-	-	-	X	-	-	-	X
Visa 19	X	-	-	X	X	-	-	-	-
TOTAL	12	8	6	4	3	2	1	1	1
%	75%	50%	38%	25%	19%	13%	6%	6%	6%

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que atuam em Epaf; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; RIS = Roteiro de inspeção sanitária (específico para Epaf); X = Critério citado; - = Critério não citado.

4.2.8. Epaf inspecionados e regularizados juntos às Visas municipais

Dentre as 16 Visas municipais que realizavam inspeção sanitária em Epaf, em dez desses municípios ocorreu um total de 136 inspeções nesses estabelecimentos, no ano de 2012. Sobre as informações dos estabelecimentos pertinentes ao referido ano, a quantidade total de Epaf regularizados junto às Visas municipais foi menor do que os inspecionados, totalizando 80 (59%) Epaf regularizados junto às Visas em questão (Tabela 13).

Tabela 13 – Quantitativo de Epaf inspecionados pelas Visas municipais em 2012 e regularizados junto às mesmas (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

VISAS (n = 16)	EPAF INSPECIONADOS EM 2012	EPAF REGULARIZADOS JUNTO À VISA (2013)
Visa 01	43	7
Visa 02	Não sabe	Não sabe
Visa 03	4	6
Visa 04	47	11
Visa 06	11	11
Visa 07	15 (Aprox.)	15 (Aprox.)
Visa 08	Não informado	Não informado
Visa 09	8	8
Visa 10	3	13
Visa 11	Não sabe	Não sabe
Visa 12	0	4
Visa 13	2	2
Visa 14	3	0
Visa 15	Não informado	Não informado
Visa 16	Não informado	Não informado
Visa 19	Não sabe	Não sabe
TOTAL	136	80

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que atuam em Epaf; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

Ressalta-se que em relação à quantidade de Epaf inspecionados e regularizados junto às Visas municipais, nem todos os entrevistados souberam responder no ato da entrevista – os

entrevistados de oito (8) Visas responderam todas as questões no momento da entrevista; os demais (8) ficaram de enviar uma ou mais respostas posteriormente.

Na tabela 13 observa-se que 19% (3/16) dos entrevistados (Visas: 02, 11 e 19) responderam que não sabiam quantos Epaf foram inspecionados em 2012 e nem mesmo quantos estavam regularizados junto à Visa do Município. Foram apresentadas as seguintes justificativas: i) o sistema não contabiliza por segmento inspecionado; ii) não se sabe com precisão; iii) houve mudança na gestão da Visa e há vários processos – dos diversos tipos de estabelecimentos – acumulados. Não foi possível obter a informação em outras três Visas (08, 15 e 16).

Em relação às Visas 03 e 10, observa-se que tais municípios inspecionaram, respectivamente, quatro e três Epaf em 2012, enquanto, em relação a 2013, afirmaram possuir seis e treze Epaf regularizados, respectivamente. Isto pode ter ocorrido devido ao aumento no número de academias nesses municípios ou pelo fato dessas Visas não terem conseguido fiscalizar os estabelecimentos em questão, por algum motivo.

Quanto à Visa 07, os entrevistados afirmaram que houve mudança na gestão e que, devido a isto, não saberiam informar com precisão quantos Epaf foram inspecionados em 2012 e nem quantos estavam regularizados junto à Visa, mas acreditavam que, para as duas questões, a quantidade era de aproximadamente 15 Epaf.

As Visas 01 e 04 foram as que mais realizaram inspeção sanitária em Epaf no ano de 2012, sendo 43 e 47, respectivamente. Contudo, apesar de haver um destaque sobre os demais municípios em relação à quantidade de estabelecimentos inspecionados, a quantidade de Epaf que estão de fato regularizados junto as duas Visas em questão é muito inferior ao quantitativo de estabelecimentos inspecionados: sete e onze, os quais correspondem, respectivamente, a 16% e 23% dos que foram inspecionados em 2012.

A Visa 01 informou que daqueles 43 Epaf inspecionados, 84% (36) ainda estavam em fase de regularização, visto que apresentaram, durante a inspeção sanitária, alguma pendência de cunho documental ou físico. A Visa 04 declarou algo semelhante: daqueles 47 estabelecimentos inspecionados, somente 23% (onze) conseguiram obter ou manter a licença sanitária – através da licença inicial ou da revalidação da licença – e, deste modo, os demais Epaf (77%) estavam em processo de regularização junto à Visa (Tabela 14).

Tabela 14 – Número de Epaf que apresentaram irregularidades junto às Visas 01 e 04 em 2012

VISAS	EPAF INSPECIONADOS (2012)	EPAF COM IRREGULARIDADES (2012)*	%
Visa 01	43	36	84%
Visa 04	47	36	77%
TOTAL	90	72	80%

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

* Os estabelecimentos estavam em processo de adequação das irregularidades apresentadas à Visa.

A Visa 04 possuía 115 Epaf cadastrados, em seu sistema, nem todos ainda regularizados. Diferentemente do ocorrido em vários outros municípios – todos os dados quantitativos foram fornecidos no momento da própria entrevista, o que indica organização por parte dos funcionários dessa Visa e, possivelmente, um controle mais efetivo em relação às suas ações em Epaf. Nesse município, a meta para fiscalização sanitária em Epaf corresponde a 30% dos estabelecimentos cadastrados, logo suas ações em 2012 foram superiores às metas, já que o alcance foi de 41% (47/115). Os entrevistados afirmam também que já ocorreram aproximadamente três ações em conjunto com o Cref, havendo assim uma parceria com o referido Conselho.

Os entrevistados de uma das Visas relataram (APÊNDICE D) que academias de lutas/artes marciais e de dança recebem a licença sanitária, mas não são fiscalizadas, isto porque a Visa utiliza a Resolução nº 52/2002, do Confef, e quando o Epaf é específico somente para as atividades de lutas ou dança não tem a obrigatoriedade de estar credenciado ao sistema Confef/Crefs, estando isento da submissão às resoluções do referido Conselho. Deste modo, devido à falta de embasamento legal que abranja os Epaf específicos para tais modalidades, as ações ficam limitadas.

Em relação ao mesmo assunto, os entrevistados de outra Visa municipal relataram que, além desses estabelecimentos não serem fiscalizados no município em questão, nem mesmo a licença sanitária lhes é concedida, pois são considerados locais onde se presta atividades de lazer, e não de saúde. Ainda de acordo com esses entrevistados, o Código Sanitário Estadual/RJ só prevê a fiscalização em estabelecimentos de ginástica e alegam que aquelas atividades (lutas e dança) estão mais voltadas à cultura. Ao analisar o Código Sanitário Estadual/RJ, constatou-se que: “locais de esporte e recreação” também são citados como

locais a serem direta ou indiretamente controlados pela Secretaria de Saúde (RIO DE JANEIRO, 1975a). No entanto, o referido Código não apresenta critérios específicos para tais locais, a não ser a necessidade de registro junto à Visa e de médico como o responsável técnico de “estabelecimentos de esteticismo, de ginástica e congêneres” (RIO DE JANEIRO, 1978).

Para a finalidade da presente pesquisa, os Epaf foram classificados em: academia(s) de ginástica/musculação, academia(s) de lutas/artes marciais, academia(s) de natação/hidroginástica e academia(s) de dança. Além destes quatro, através da opção “outros” o entrevistado poderia citar algum outro tipo de Epaf. Deste modo, dentre os 16 municípios que realizavam inspeção sanitária nesses estabelecimentos, observou-se que: em 94% (15) há academias de ginástica/musculação; em 75% (12) há estabelecimentos que prestam atividades de natação e de hidroginástica; em 63% (10) há academias de lutas/artes marciais; e em 44% (7) há academias de dança. Além desses tipos de Epaf, 19% (3/16) dos entrevistados mencionaram “clubes” – nos casos em que os clubes dispunham de uma parte específica à prática de atividade física. Um município citou que “estabelecimentos de pilates” também são inspecionados (Tabela 15). A Visa 17, apesar de não realizar o controle sanitário em Epaf, já que vistoria apenas os banheiros para a concessão da licença sanitária, informou que há academias de ginástica/musculação e de lutas/artes marciais no município.

**Tabela 15 – Tipos de Epaf regularizados junto a Visas municipais do Estado do Rio de Janeiro
(municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II)**

VISAS (n = 16)	ACADEMIA(S) DE GINÁSTICA / MUSCULAÇÃO	ACADEMIA(S) DE LUTAS / ARTES MARCIAIS	ACADEMIA(S) DE NATAÇÃO / HIDROGINÁSTICA	ACADEMIA(S) DE DANÇA	CLUBES	ESTAB. DE PILATES
Visa 01	X	X	X	X	-	-
Visa 02	X	-	X	-	-	-
Visa 03	X	X	X	X	-	-
Visa 04	X	X	X	X	X	-
Visa 06	X	X	X	X	-	-
Visa 07	X	X	X	X	-	-
Visa 08	X	-	-	-	-	-
Visa 09	X	-	X	-	-	-
Visa 10	X	X	X	-	-	X
Visa 11	X	X	X	X	-	-
Visa 12	X	-	X	-	X	-
Visa 13	X	-	-	-	-	-
Visa 14	X	X	X	-	-	-
Visa 15	Não Informado	Não Informado	Não Informado	Não Informado	Não Informado	Não Informado
Visa 16	X	X	-	X	-	-
Visa 19	X	X	X	-	X	-
TOTAL	15	10	12	7	3	1
%	94%	63%	75%	44%	19%	6%

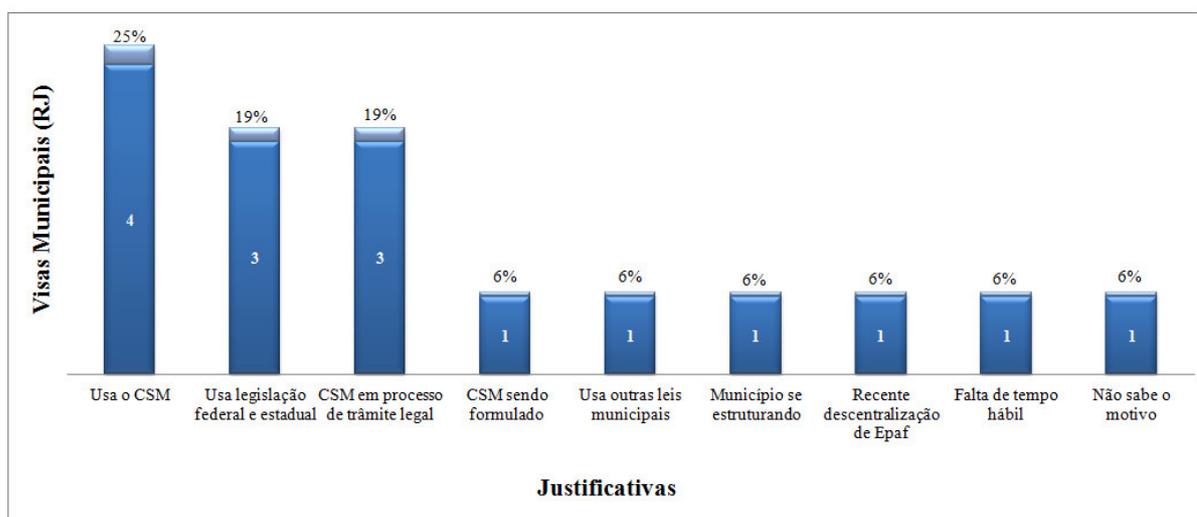
Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que atuam em Epaf; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; X = Citado; - = Não citado.

4.2.9. Critérios estabelecidos em legislações municipais (específicos para Epaf)

Em relação à existência de critérios específicos, estabelecidos em legislação, a serem utilizados durante as ações em Epaf, apenas 16% (3/19) afirmaram possuir tais instrumentos legais. Contudo, informaram ser o próprio código sanitário do município. Conforme já apresentado, o presente estudo identificou legislações municipais aplicáveis a Epaf, mas não específicas.

Quanto aos entrevistados que informaram que seu respectivo município não dispunha de legislações específicas para a realização da inspeção sanitária em Epaf (84%), observou-se com maior frequência as seguintes justificativas: i) 25% (4) utilizavam o próprio Código Sanitário Municipal; ii) 19% (3) utilizavam legislações das esferas federal e estadual – sendo que um mencionou utilizar o Código Sanitário Estadual (RIO DE JANEIRO, 1975a, 1978), o segundo citou o Decreto Estadual nº 1.411/2010¹³ (RIO DE JANEIRO, 2010b), e o terceiro informou que, além de leis estaduais e federais, utiliza uma resolução do Confef, mas não soube discriminar o nº da referida resolução; iii) outros 19% (3) informaram que o código sanitário do município estava sob processo de trâmite legal (Figura 6).

Figura 6 – Justificativas dos entrevistados para a ausência de legislações municipais que determinem critérios para a realização da inspeção sanitária em Epaf (n = 16)



Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que atuam em Epaf; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; CSM = Código Sanitário Municipal.

¹³ Conforme já mencionado, a Resolução nº 1.411/2010 delega competências de ações de vigilância sanitária para as Secretarias Municipais de Saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Dentre os três entrevistados que informaram que seu respectivo Município não dispunha de legislações específicas para Epaf e que tiveram como justificativa o fato de que o código sanitário estava em processo de trâmite legal, um entrevistado informou que não tinha conhecimento do andamento do processo. Esse fato demonstra que podem existir problemas quanto ao fluxo de informação, principalmente entre os órgãos executivos e legislativos.

É pertinente ressaltar que dentre os municípios que informaram não possuir legislações específicas para Epaf, um município apresentou como justificativa a “falta de tempo hábil” para elaborar o documento. Contudo, os entrevistados deste Município nos forneceram uma lista com diversas legislações das esferas Federal, Estadual e Municipal, às quais a Visa se norteia para a realização das ações em Epaf (APÊNDICE E). Assim, apesar de não haver legislações municipais específicas para Epaf, e sim aplicáveis, este município conseguiu compilar legislações e estabelecer critérios bem embasados para a realização do controle sanitário nos estabelecimentos em questão.

4.3. RISCO EM EPAF

Em relação aos eventos mais encontrados durante as inspeções sanitárias em Epaf, 19 foram mencionados, dentre os quais, os mais citados foram “aparelhos e equipamentos em mal estado de conservação” (56%), seguido por “estrutura física inapropriada” (44%) e “condições higienicossanitárias precárias” (38%) – Tabela 16.

Tabela 16 – Principais eventos encontrados pelos fiscais sanitários durante as inspeções sanitárias em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

RESPOSTAS (N=16)	QUANTIDADE DE VEZES CITADO	%
Aparelhos e equipamentos em mal estado de conservação	9	56%
Estrutura física inapropriada	7	44%
Condições higienicossanitárias precárias	6	38%
Ausência de responsável técnico	5	31%
Ausência de profissional habilitado	4	25%
Ausência de higiene nos banheiros e vestiários	3	19%
Precariedade na parte elétrica	3	19%
Ausência de atestado médico dos alunos	2	13%
Uso de anabolizantes	2	13%
Ausência de álcool em gel à disposição dos usuários	1	6%
Ausência de cartazes sobre o risco do uso de anabolizantes	1	6%
Ausência de documentação associada à desinsetização	1	6%
Ausência de documentação junto à Visa	1	6%
Ausência de laudo da potabilidade da água	1	6%
Ausência de manutenção em extintores de incêndio	1	6%
Ausência de registros (controle) associados à higienização de piscinas	1	6%
Cloro em excesso (piscina)	1	6%
Infiltrações	1	6%
Saunas em condições de limpeza insatisfatórias	1	6%

n = Número de Visas que atuam em Epaf; Visas = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

Para melhor analisar os eventos citados, fez-se uma relação com os riscos aos quais tais eventos podem estar associados (Tabela 17) – de acordo com a classificação do Ministério de Trabalho e Emprego (BRASIL, 1978; 1994b). Deste modo, constatou-se que os eventos relatados podem ocasionar diversos tipos de riscos – riscos de acidentes, físicos, químicos, biológicos e ergonômicos – à saúde dos trabalhadores e dos usuários dos serviços prestados nesses estabelecimentos.

Ao analisar a relação feita, foi possível observar que dentre os 19 eventos citados, 8 (oito) estão relacionados a risco de acidente; 8 (oito) a risco biológico; 7 (sete) a risco químico; 5 (cinco) a risco físico; e outros 4 (quatro) a risco ergonômico (Tabela 17).

Em uma das Visas municipais estudadas, os entrevistados relataram que houve a ocorrência de casos de conjuntivite, otite e problemas respiratórios em usuários de uma piscina em um clube naquele Município. Posteriormente, constatou-se que o fato ocorrido se deu devido a elevados níveis de cloro na água da piscina. De acordo com o relato de outro entrevistado, Epaf são locais propícios a vários tipos de riscos à saúde da população (APÊNDICE F).

Tabela 17 – Classificação quanto ao tipo de risco* dos principais eventos encontrados pelos fiscais sanitários durante as inspeções sanitárias em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro; n = 16)

Nº	EVENTO	QUANTIDADE DE VEZES CITADO	RISCO DE ACIDENTE	RISCO BIOLÓGICO	RISCO QUÍMICO	RISCO FÍSICO	RISCO ERGONÔMICO
01	Aparelhos e equipamentos em mal estado de conservação	09	X				
02	Estrutura física inapropriada	07	X				
03	Condições higienicossanitárias precárias	06		X			
04	Ausência de responsável técnico	05	X			X	X
05	Ausência de profissional habilitado	04	X			X	X
06	Ausência de higiene nos banheiros e vestiários	03		X			
07	Precariedade na parte elétrica	03	X				
08	Ausência de atestado médico dos alunos	02				X	X
09	Uso de anabolizantes	02			X		
10	Ausência de álcool em gel à disposição dos usuários	01		X			
11	Ausência de cartazes sobre o risco do uso de anabolizantes	01			X		
12	Ausência de documentação associada à desinsetização	01		X	X		
13	Ausência de documentação junto à Visa	01	X	X	X	X	X
14	Ausência de laudo da potabilidade da água	01		X	X		
15	Ausência de manutenção em extintores de incêndio	01	X				

16	Ausência de registros (controle) associados à higienização de piscinas	01		X		X		
17	Cloro em excesso (piscina)	01				X		
18	Infiltrações	01	X					X
19	Saunas em condições de limpeza insatisfatórias	01			X			
RELAÇÃO EVENTO / RISCO		---	8	8	7	5	4	

* Classificação de acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 1978). Visas = Órgãos de vigilância sanitária; n = Número de Visas que atuam em Epaf; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; X = Correlação entre o evento citado e o risco.

4.4. PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO ÀS AÇÕES DA VISA MUNICIPAL E QUANTO AOS EPAF NÃO LEGALIZADOS

O questionário aplicado permitiu aos entrevistados apontar, de forma aberta, considerações em relação às ações das Visas municipais em Epaf, e também em relação aos Epaf clandestinos existentes nesses municípios.

4.4.1. Percepção dos entrevistados quanto às ações de vigilância sanitária em Epaf

Grande parte dos entrevistados citou que a falta de recursos humanos e a precariedade associada à infraestrutura básica – falta de carro, por exemplo, ou de equipamentos específicos – dificultam as ações. De modo geral, a maioria dos entrevistados mencionou que as ações em Epaf podem e precisam ser melhoradas – alguns citaram que as ações da Visa municipal em Epaf eram “precárias”, “carentes” ou “insatisfatórias”; outros afirmaram ser “satisfatórias” ou “boas”. Alguns entrevistados enfatizaram que as ações da Visa municipal perpassam pela orientação e educação, além da inspeção, havendo, deste modo, foco na orientação e sensibilização dos estabelecimentos para sua função e papel para a saúde da sociedade (Quadro 5).

Quadro 5 – Principais relatos dos entrevistados quanto às ações da respectiva Visa municipal em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

TEMA ABORDADO	RELATOS
RHE INFRAESTRUTURA	“A gente tem uma carência estrutural em várias instâncias (...). O nosso município é muito grande, é muita coisa para ser fiscalizada, então a gente tem poucos profissionais para contemplar o tamanho que o nosso município tem.” (ENTREVISTADO 01)
	“A gente precisa ampliar o nosso corpo técnico, né, p’ra gente ampliar as nossas atividades. E se estruturar melhor, eu acredito que sim. Porque, o que eu te falei, que a gente faz o básico...” (ENTREVISTADO 24)
	“Na realidade a gente faz o possível e às vezes até o impossível também, em termos de

	material humano.” (ENTREVISTADO 12)
	“Nós nunca tivemos equipe multidisciplinar e nós estamos brigando por isso.” (ENTREVISTADO 10)
	“Então, é, a nossa ação é incipiente. Pela equipe..., pela..., pela quantidade de estabelecimentos... em geral e especificamente de..., de Epaf...” (ENTREVISTADO 22)
	“A gente tá dividindo um veículo..., um veículo p’ra três setores, daqui da vigilância e mais um (<i>setor</i>) da vigilância epidemiológica.” (ENTREVISTADO 15)
QUALIDADE DAS AÇÕES	“É precária pela falta de treinamento do pessoal, p’ra fiscalização específica desse tipo de estabelecimento (<i>Epaf</i>).” (ENTREVISTADO 17)
	“Entende-se que a fiscalização é precária, pelo fato de estar fiscalizando apenas os banheiros desses estabelecimentos, e não o espaço/estabelecimento em sua totalidade, até mesmo por falta de embasamento legal por parte do Município, visto que esses estabelecimentos nem são mencionados no Código Sanitário Municipal.” (ENTREVISTADO 30)
	“Eu acho que a nossa realização de vigilância nessa área, ainda está assim um pouco precária, eu acho que precisa melhorar. E, mas... tá tudo também relacionado à ausência do profissional (<i>de educação física</i>), como um orientador, né. O pessoal tá fazendo porque não tem jeito... Entendeu? Mas não está assim havendo uma firmeza técnica conforme eu vejo nas outras áreas, entendeu?” (ENTREVISTADO 18)
	“Tá boa. De regular à boa. É claro que há necessidade de se adequar, entendeu? Como eu tô falando: há alguns equipamentos que ainda não possuímos, mas que já foram solicitados, entendeu? Eu boto como boas, sendo necessárias algumas adequações.” (ENTREVISTADO 34)
	“Ao nosso ver, pelo que nós temos de informação legal, é satisfatório, levando-se em conta os recursos que nós temos.” (ENTREVISTADO 15)
AÇÕES PAUTADAS NA EDUCAÇÃO / ORIENTAÇÃO	“Contribuímos para a formação de consciência dos profissionais em relação à prevenção de riscos à saúde.” (ENTREVISTADO 04)
	“Na realidade o que a gente foca é sempre a questão da prevenção, então é a prevenção ao risco sanitário.” (ENTREVISTADO 06)
	“Sempre o foco nosso é: orientar primeiro e autuar depois.” (ENTREVISTADO 03)

Visa = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física; RH = Recursos humanos.

Alguns entrevistados citaram que as ações em Epaf são recentes e que também é de suma importância que o Cref-1 seja mais atuante e trabalhe em parceria com as Visas municipais. Cabe ressaltar que alguns entrevistados mencionaram, em outro momento da entrevista, que realizavam periodicamente as ações em Epaf em parceria com o Cref-1; enquanto outros entrevistados informaram que ainda não havia essa parceria com o Conselho Regional e que seria mais fácil de executar as ações nesses estabelecimentos se houvesse uma troca de informações com o referido Conselho.

A falta de instrumentos legais, da própria vigilância sanitária, específicos para Epaf também foi colocada em questão:

A nossa equipe tenta fazer o melhor, né. Então, assim... A gente tem carência de instrumento p'ra atuar nessa área, mas a gente não tem é..., ao público do nosso alcance, nada além da Resolução do Conselho (*Confef*), um órgão que não é ligado à vigilância sanitária. Só que a gente fez adaptações p'ra poder trabalhar, p'ra poder garantir o mínimo de menção de riscos aos usuários desses tipos de estabelecimento. (ENTREVISTADO 8)

Vários relatos geraram preocupação quanto à efetividade das ações de vigilância sanitária em Epaf (Quadro 6).

Quadro 6 – Relatos de alguns entrevistados expressando preocupação quanto às ações das Visas municipais em Epaf (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

ENTREVISTADOS	RELATOS
ENTREVISTADO 32	“O Município não sai muito do básico, é mais: farmácia, consultórios e alimentos, os quais estão incluídos no Código Sanitário Municipal.”
ENTREVISTADO 18	“(…) Essa parte (<i>Epaf</i>) é a nossa... o nosso... calcanhar de Aquiles, ir até a academia de ginástica.”
ENTREVISTADO 27	“A gente se baseia nessa parte de vigilância sanitária, a questão de banheiro... No geral do, do, do estabelecimento.”
ENTREVISTADO 18	“(…) Mas nessa área (<i>Epaf</i>) realmente o pessoal tá... ainda tá

	engatinhando. Então precisa melhorar. Precisa ser mais incentivado..., mas p'ra isso eu preciso de profissional. (...)”
ENTREVISTADO 24	“A gente é muito restrito, então a gente acaba fazendo mesmo o que é... o que é pactuado, o que é cobrado, que é a questão do, da, do... estabelecimento alimentício, né?”
ENTREVISTADO 28	“É uma coisa... assim: que tá engatinhando...”

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

4.4.2. Percepção dos entrevistados em relação aos Epaf clandestinos

Em relação à percepção dos entrevistados quanto aos Epaf não legalizados (clandestinos):

Nós ainda estamos lidando com a clandestinidade como um grande problema. O grande problema ainda é o da clandestinidade, é o imprevisto... no ramo de alimentos, de academias, de clínica, serviços médicos. O cara pega uma casa e improvisa. (...) Nós ainda estamos atrasados, o pessoal ainda não entende. (ENTREVISTADO 02)

A maioria dos entrevistados estava em acordo de que tais estabelecimentos não deveriam estar funcionando. Também houve conformidade nos procedimentos realizados quando a Visa municipal era informada sobre a existência desses estabelecimentos (Quadro7).

Quadro 7 – Relatos de procedimentos adotados por Visas municipais ao serem informadas sobre a existência de Epaf clandestinos (municípios das sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

ENTREVISTADOS	RELATOS
ENTREVISTADO 03	“Não deveriam estar funcionando, lógico. Mas o que a gente quer primeiro é orientar esse pessoal para que eles se legalizem. Então, se você chega num estabelecimento não legalizado, se você de antemão não vê algo gritante ao ponto de que você se veja obrigada a fechá-lo, a intenção é legalizar. Então a gente aciona outra secretaria, a

	secretaria da fazenda, p'ra que, conjuntamente, com o mesmo objetivo, p'ra poder fazer a legalização desse estabelecimento.”
ENTREVISTADO 07	“(…) O último estágio seria então fechar isso aí (<i>o estabelecimento</i>), mas acho que se nós podemos melhorar e dar a oportunidade – se a pessoa quiser melhorar – de legalizar o seu estabelecimento, com certeza vai ser bom p'ra todo mundo.”
ENTREVISTADO 12	“Um estabelecimento não regularizado deve ser fechado. Ele tá ilegal, está errado, está irregular, essa é minha percepção e, portanto, ele deve se regularizar ou então fechar. A minha percepção é essa, né. Se ele está ilegal, irregular, ele tem que se regularizar, sob pena de ser interditado, fechado. Né? Ele tem que cumprir os requisitos. Ele lida com a saúde das pessoas, né? Então ele tem que estar regularizado.”
ENTREVISTADO 15	“A nossa ideia é de entrar com uma atitude orientadora, educadora, orientadora e, em última instância, é de..., não ser de repressão, mas de fazer valer o que a lei nos permite. E, esgotadas todas as possibilidades de acordo, como diria lá no tribunal (<i>risadas</i>), a gente teria que usar a força da lei, p'ra que ele não oferecesse esse risco; parasse, né, de oferecer um risco à população. É o nosso dever aqui, enquanto vigilância sanitária.”
ENTREVISTADO 35	“Ah, eu sou totalmente contra. Eu sou totalmente... Eu acho que todos os setores têm que ‘tá’ (<i>estar</i>) adequado e legalizado. Eu sou totalmente contra qualquer tipo de atividade que não seja regulamentada. Principalmente coisa que traz riscos à saúde pública.”

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

De acordo com os entrevistados, a principal forma de identificar Epaf clandestinos, ou de alguma maneira irregulares, é através de denúncias (Quadro 8).

Quadro 8 – Relatos sobre denúncias como a principal forma de identificação de Epaf clandestinos (entrevistados das Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

ENTREVISTADOS	RELATOS
ENTREVISTADO 01	“Eventualmente você acaba detectando ou por denúncia ou encaminhamento do Ministério Público. A gente vai então ao local e verifica a condição. Se o local é razoável, a gente começa a fazer a adequação; se o local é impraticável, é

	interditado.”
ENTREVISTADO 04	“Os não legalizados, justamente por estarem de uma forma camuflada, nós não detectamos na nossa rotina, nós só vamos até eles mediante denúncia.”
ENTREVISTADO 06	(...) “As (<i>academias</i>) que não são legalizadas, fica difícil, porque só através de denúncia que nós vamos conseguir identificar.”
ENTREVISTADO 07	“P’ra gente poder identificar esse comércio ou o que seja – essas academias, esse espaços – nós temos que ter denúncias, porque sem a denúncia fica complicado.”
ENTREVISTADO 15	(...) “Quando chegam denúncias, nós verificamos o que tá acontecendo e orientamos que a pessoa se enquadre.”
ENTREVISTADO 29	“Se a gente... tem uma denúncia, a gente vai. Mas se não, ninguém denunciar, fica por isso mesmo, as pessoas vão... continuam frequentando do mesmo jeito, é mais barato... né. Então, infelizmente é um problema sério.”

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

Uma outra forma de identificar Epaf clandestinos ou com outras irregularidades é através da busca ativa, porém só um município informou atuar desta maneira:

Aqui nós fazemos um trabalho de busca ativa. O que que isso significa: se nós encontramos um estabelecimento não legalizado, nós vamos lá e fazemos com que ele se regularize. Então eu acredito que tenha um grande número de estabelecimentos nessas condições, né? Nós temos equipes próprias que fazem esse trabalho de busca ativa, além da nossa específica. Então, além da específica em Epaf, nós temos outras que fazem busca ativa de todos os tipos de estabelecimentos. Eles vão, aleatoriamente, numa região, numa rua e fazem uma varredura. Todos os estabelecimentos que estiverem lá e que tenham importância é... p’ra saúde pública – os estabelecimentos previstos pela resolução 1.411¹⁴ – é... eles são intimados a se regularizar. Então, quando chegam os estabelecimentos ligados à área de educação física, eles são repassados p’ras equipes específicas e nós vamos e damos continuidade ao trabalho iniciado por eles. (ENTREVISTADO 8)

¹⁴ Refere-se à Resolução Estadual nº 1.411/2010 (RIO DE JANEIRO, 2010b).

Para abordar algum estabelecimento clandestino, às vezes os fiscais sanitários solicitam suporte de autoridades policiais (Quadro 9).

Quadro 9 – Relatos sobre a necessidade de amparo policial em estabelecimentos ilegais (entrevistados das Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

ENTREVISTADOS	RELATOS
ENTREVISTADO 22	“Como não depende só da gente, né, por serem clandestinos, precisa de uma ação conjunta com, com o policial conjunto.”
ENTREVISTADO 03	“Muitas vezes a gente até solicita o amparo da ação conjunta para que, mediante essa questão, a polícia possa intervir, senão a vigilância também fica muito solta.”
ENTREVISTADO 21	“Na verdade, quando ela (<i>academia</i>) não é legalizada, não seria nem uma ação da vigilância sanitária. (...) Seria mais um negócio assim p’ra polícia fazer..., entendeu? Como crime conta a saúde pública. Seria mais instituição assim: policial, não de vigilância sanitária, porque a questão da vigilância sanitária é só a parte de o risco sanitário, não tem assim... questão de chegar lá, prender o dono porque não é legalizado, entendeu? Não é da nossa esfera, né? Aí a gente só faria em função assim de, de mandar um requerimento p’ra..., p’ra “Postura” ¹⁵ dizendo que no endereço tal, aconteceu uma... academia... que precisa ser regulamentada... essas coisas assim.”

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

Alguns entrevistados relataram preocupação associada aos Epaf clandestinos (Quadro 10).

¹⁵ “Postura”: É um setor da prefeitura, existente em vários municípios, responsável pela ordem urbana. Os componentes deste setor verificam, por exemplo, se vendedores ambulantes possuem autorização da Prefeitura para realizar o trabalho em determinado ponto do município.

Quadro 10 – Relatos sobre preocupação quanto aos Epaf clandestinos (entrevistados das Visas municipais localizadas nas sub-regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro)

ENTREVISTADOS	RELATOS
ENTREVISTADO 18	“Preocupante, porque hoje todo mundo frequenta academia de ginástica, né? P’ra dança, p’ra tudo. É um local que tem uma concentração, de pessoas, né... Pessoas – crianças e adultos, né, e pessoas idosas, que precisam estar num local seguro, bem acompanhados, técnicos adequados e tudo, né, que é necessário. E isso me preocupa, porque a gente tem muitas academias aqui que não estão sendo fiscalizadas. Uma vez que a gente só está realmente fiscalizando aquelas por denúncia e por situação que precisa ser verificada.”
ENTREVISTADO 15	“A percepção é a mesma quanto a qualquer outra atividade sendo desenvolvida ilegalmente dentro do Município. Primeiro a irresponsabilidade que o cara se propõe a fazer aquilo que ele não tá capacitado; segundo, o risco, né, decorrente dessa irresponsabilidade, o risco que ele tá oferecendo p’ra quem consome aquele produto que ele vende, aquele serviço que ele presta.”
ENTREVISTADO 22	“A gente sabe da existência, né, sabe do..., do perigo em torno disso, até mesmo com, com essa questão aí de ‘ditadura da beleza’ a gente sabe que..., que... há procura da população não esclarecida... E... a gente sabe, tem percepção da necessidade de estar investindo nessa... investindo numa ação específica p’ra esse tipo de estabelecimento (...).”

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

De acordo com o gestor de uma Visa municipal, academias clandestinas normalmente são mais afastadas do Centro da Cidade e menos pessoas frequentam:

(...) A gente foi pelo seguinte prisma: uma academia de fundo de quintal vai atender uma população aí talvez de 50 a 100 pessoas, é uma academia pequena. As grandes academias nos locais de indicação maior, são essas que estão legalizadas, porque essas não têm como se esconder. Então o que na verdade a gente verifica em relação ao impacto, nós temos a necessidade de acompanhar esses locais, onde o risco sanitário tende a ser exponencial e trazer esses pequenos estabelecimentos à legalidade (...) (ENTREVISTADO 1)

Falta de recursos humanos, precariedade na infraestrutura (falta de carros disponíveis) e, em alguns casos, falta de parceria com o Cref-1 também interferem dificultando a identificação de Epaf clandestinos (Quadro 11).

**Quadro 11 – Relatos quanto às dificuldades para as ações em Epaf clandestinos
(entrevistados das Visas municipais das sub-regiões Metropolitanas I e II do
Estado do Rio de Janeiro)**

ENTREVISTADOS	RELATOS
ENTREVISTADO 01	(...) “Realmente falta “perna”. O que a gente deveria fazer é a busca ativa: é eu ter o fiscal na rua batendo, vendo, então isso hoje não tem ainda condição. Talvez muito tempo ainda vá passar p’ra gente ter essa condição.”
ENTREVISTADO 19	“A gente teve um problema de..., de automóvel, então a gente ficou muito tempo sem carro aqui na vigilância, então os processos acumularam um pouco. Então a gente, não tem como fazer muita rotina, entendeu? A gente tem que botar tudo em dia, p’ra depois começar a fazer esse tipo de trabalho. Mas pessoalmente, a mim, incomoda passar num lugar e saber que o cara não tem documento da vigilância sanitária. Entendeu?”
ENTREVISTADO 07	(...) “Agora: é um absurdo, eu acho que todo mundo tem que legalizar, principalmente o profissional. E o Conselho (<i>Cref-1</i>) tem que atuar em cima disso, porque se torna muito mais fácil.”

Visas = Órgãos de vigilância sanitária; Epaf = Estabelecimentos prestadores de atividade física.

Questões associadas à comercialização de anabolizantes também foram abordadas:

Há preocupação principalmente pelo comércio clandestino de anabolizantes nesses tipos de estabelecimentos. Nos estabelecimentos legalizados, não é que não exista, mas fica muito mais difícil ocorrer a comercialização de anabolizantes, devido à fiscalização sanitária à qual esses estabelecimentos estão submetidos. (ENTREVISTADO 24)

Contudo, um entrevistado (22) relata que “Isso é tanto em legalizados quanto não legalizados, o consumo de produtos impróprios” (ENTREVISTADO 22).

5. DISCUSSÃO

A prática de atividade física tem sido amplamente divulgada como forma de prevenção às DCNT (BRASIL, 2011b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, 2011). Com o aumento do número de estabelecimentos voltados a essas atividades, torna-se imprescindível a ação das Visas, de forma a fiscalizar tais locais, frequentados hoje por indivíduos das mais diversas faixas etárias. Contudo, para que as Visas municipais abranjam todos os setores sob o seu âmbito de atuação, é necessário que disponham de equipe multiprofissional capacitada e instrumentos/materiais indicados para o auxílio na execução de suas ações (ANVISA, 2007a; RIO DE JANEIRO, 2010c).

Segundo Rozenfeld e Costa (2000), “A Vigilância Sanitária é a forma mais complexa de existência da Saúde Pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam todas as práticas médico-sanitárias: promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde”. Sendo assim, esse amplo espectro de ação da Vigilância Sanitária demanda uma organização multidisciplinar dos órgãos componentes do SNVS das três esferas de governo (BRASIL, 2007b; RIO DE JANEIRO, 2010c).

Constatou-se, no presente estudo, que o quantitativo de recursos humanos declarado por 18 das 19 Visas municipais analisadas foi de 530 profissionais, dos quais 293 atuavam como fiscais sanitários. Apesar da média aritmética para número de profissionais para cada 10 mil habitantes ter sido menos que um (0,9), de acordo com o Censo Nacional de Trabalhadores de Vigilância Sanitária (Censo Visa), pesquisa realizada em 2004 pela Anvisa, o Rio de Janeiro é o Estado que possui maior quantitativo de profissionais de vigilância sanitária (ANVISA, 2004a).

Embora feita a constatação de que 67% (12/18) das Visas municipais estudadas dispunham de menos que um fiscal sanitário para cada 10 mil habitantes (Tabela 2), a melhor maneira de avaliar se o número de profissionais – e também de fiscais sanitários – é adequado para cada município seria expressá-lo pelo número de estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária registrados junto à respectiva secretaria municipal de fazenda. Ressalta-se que foi feita a busca desses estabelecimentos em sítios eletrônicos (quando existia) das respectivas secretarias municipais de fazenda e, além disto, a quantidade de Epaf existentes em cada um dos 19 municípios foi solicitada através de carta formal ao Confef e ao Cref-1. Contudo, não foi possível ter acesso a tais informações.

Durante as entrevistas, muitos profissionais mencionaram o baixo número de destinados para a efetiva execução das ações de vigilância sanitária. Merece destaque que a Visa de um determinado município era composta por apenas duas pessoas. Tais componentes dessa equipe relataram dificuldades para executar as suas atribuições.

Quanto à formação profissional, constatou-se que “veterinários” estavam presentes em 100% das Visas municipais estudadas, enquanto “farmacêuticos” em 79% (15) delas. Estes resultados amostrais estão de acordo com os resultados apresentados no Censo realizado pela Anvisa (2004a). Tal pesquisa concluiu que essas duas formações profissionais são, dentre os profissionais de nível superior, as formações mais presentes na vigilância sanitária como um todo.

Em geral, as ações dos médicos veterinários nas Visas estão mais voltadas para fatores de risco relacionados a alimentos. Deste modo, a predominância desses profissionais nas Visas pode explicar um dos achados desse estudo, referente às ações de vigilância sanitária dos municípios estarem mais voltadas para a área de alimentos, embora seja de suma importância e fundamental que outros profissionais também integrem as Visas para aumentar a diversidade das ações realizadas.

Nesse sentido, outro dado que merece atenção, é o fato de profissionais de educação física não estarem presentes em nenhuma das Visas municipais estudadas, não havendo, portanto, a integração desses profissionais nas equipes que realizavam as inspeções sanitárias em Epaf. Os profissionais de educação física são qualificados como profissionais da saúde desde 1997 (BRASIL, 1997), ou seja, antes mesmo da criação do Confef (em 1998), que, dentre outras funções, é responsável pela regulamentação do exercício desse profissional. Conforme já mencionado, o profissional de educação física pode integrar equipes multi e interdisciplinares (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998).

Destaca-se que, através da Portaria Federal (MS) nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o profissional de educação física passou a integrar o SUS, contribuindo para a prevenção de doenças e a promoção de saúde, através do trabalho conjunto com outros profissionais do Nasf (BRASIL, 2008). Isto demonstra a relevância da presença desses profissionais em equipes envolvidas na atenção à saúde da população.

Como Epaf são sujeitos às ações de vigilância sanitária, é importante que esse profissional integre as equipes de inspeção sanitária nos referidos estabelecimentos, atuando

principalmente na intervenção preventiva dos riscos intrínsecos a essa atividade, principalmente o ergonômico e o de acidente. Em conjunto, os dados desse estudo reforçam a constatação que é fundamentada pela prerrogativa da vigilância sanitária ser composta por equipes multidisciplinares, cuja necessidade se dá pelo fato da vigilância sanitária ser e abranger vários campos do saber (COSTA, 2009; COSTA; ROZENFELD, 2000).

Quanto à capacitação dos profissionais das Visas municipais para as ações em Epaf, é importante ressaltar que nenhuma das Visas recebeu treinamento específico para esse tipo de estabelecimento. Esse fato pode impactar nas ações da Visa municipal que sejam específicas para prevenção de riscos comuns a Epaf. Essa hipótese pode ser corroborada pelas falas dos entrevistados: “A gente só procura ir mesmo nas academias por conta da questão mais da higiene... e tal, procura ver mais isso”. Esta frase – e outras citadas com a mesma semântica – associada ao fato da ausência de treinamentos específicos das Visas municipais, sugere que aspectos específicos aos Epaf podem não estar sendo avaliados de forma mais consistente.

Afirmações como “Os municípios normalmente não têm treinamento aos funcionários, você aprende com os profissionais que já estão na Visa” foram mencionadas, mostrando que a falta de capacitação dos recursos humanos ainda necessita de especial atenção por parte das instâncias superiores e que práticas inadequadas podem se propagar para outros profissionais. Ressalta, assim, a necessidade da realização de capacitação específica, e periódica, aos profissionais que compõem as equipes de fiscalização sanitária.

Além da capacitação, os profissionais necessitam de alguns materiais auxiliares, para as ações de inspeção sanitária, que incluem: termos de intimação, autos de infração e de coleta e o lacre para interdição, mas também turbidímetro, clorímetro, peagâmetro, RIS, legislação pertinente impressa, entre outros (ANVISA, 2007b).

No presente estudo verificou-se que os únicos materiais que todas as Visas municipais estudadas dispunham foram caneta, autos de infração e autos de intimação, mas que nem todas dispunham de materiais importantes para estabelecimentos com piscina. A falta dos instrumentos para a análise da água de estabelecimentos com piscinas pode levar os usuários dessas piscinas a eventos associados a riscos químicos ou biológicos. Tudo isto porque os níveis de cloro e de pH podem não estar em conformidade com os níveis indicados para preservação da saúde e bem estar da população usuária, podendo interferir na presença de micro-organismos patogênicos ou mesmo em irritação decorrente do contato com a pele e os

olhos, ou pela ingestão não intencional dessa água (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

Apesar de alguns profissionais das Visas estudadas utilizarem a própria máquina fotográfica ou câmera de celular para o registro de inconformidades durante as ações de vigilância sanitária, tais órgãos devem dispor desse equipamento para o registro de eventos e, também, como subsídio aos processos de contravenção gerados (ANVISA, 2007b). Sendo assim, a máquina fotográfica é importante para a elaboração do relatório de inspeção nos casos em que haja a necessidade da inclusão de evidências fotográficas.

A inexistência dos materiais indicados pela Anvisa (2007b) para a fiscalização sanitária em Epaf, e também em outros estabelecimentos, demonstra a necessidade de investimentos nesses órgãos; e pode dificultar a efetividade das ações dos fiscais sanitários, expondo a população frequentadora de Epaf a riscos diversos.

Após identificação e análise de um dos cinco RIS específicos para Epaf levantados nesse estudo, constatou-se que a maior parte dos seus itens tinha como embasamento legal a Resolução nº 52/2002 (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2002). Esta Resolução é, sem dúvida, um bom instrumento de cunho legal para nortear as ações das Visas municipais e dos Crefs nos estabelecimentos em questão. O próprio Manual da Anvisa (2009), indicado para as ações em Epaf, também se norteia nessa Resolução. Contudo, a referida Resolução não abrange todos os aspectos que devem ser observados durante a inspeção sanitária – dentre os quais, alguns são: produtos sob o registro da Anvisa, utilização de EPI, procedimentos para a limpeza de superfícies e equipamentos, entre outros. Deste modo, é necessário que os profissionais de vigilância sanitária estejam atentos a outras leis, normas e manuais que sejam aplicáveis a Epaf e que possam ser inseridos nos referidos RIS ou na execução das ações nos estabelecimentos em questão. Neste sentido, o presente estudo reúne, no Apêndice B, diversos instrumentos legais e normativos.

Apesar da Anvisa (2009) propor a utilização de álcool 70% para a desinfecção dos colchonetes, assentos dos equipamentos ou superfícies que entrem em contato com o corpo do usuário, além de estabelecer que esse produto esteja disponível aos frequentadores de Epaf, apenas dois RIS levantados contemplavam a utilização de álcool 70% para a desinfecção de superfícies. Essa mesma Agência (ANVISA, 2010) afirma que “Os alcoóis etílico e o isopropílico são os principais desinfetantes utilizados em serviços de saúde, podendo ser

aplicados em superfícies ou artigos por meio de fricção”. O álcool desnatura as proteínas constituintes da parede celular dos micro-organismos, sendo, nos teores de concentração entre 60 e 90% em solução aquosa, um potente antimicrobiano (ANVISA, 2010). Deste modo, sua utilização constante previne que os usuários estejam expostos a riscos biológicos.

Embora o MTE estabeleça que os empregadores disponibilizem EPI aos funcionários (BRASIL, 1978; 2010), parece não haver preocupação por parte dos órgãos de vigilância sanitária municipais quanto à necessidade desses equipamentos em Epaf, principalmente para os funcionários da limpeza ou que lidam com o tratamento da água da piscina, visto que apenas uma Visa citava (em seu RIS) tais equipamentos e, apesar disto, não se sabe se são exigidos em Epaf, pois o referido instrumento de avaliação era aplicável a diversos estabelecimentos de saúde. A vigilância sanitária não deve esquecer que os funcionários dos estabelecimentos em questão também estão expostos a riscos e, deste modo, suas ações devem englobar a proteção da saúde também desses indivíduos, e não apenas dos usuários.

A desorganização dos itens de alguns RIS pode dificultar o entendimento dos fiscais sanitários no momento da inspeção sanitária em Epaf, refletindo na execução de suas ações. Do contrário, a organização facilita no entendimento e numa avaliação mais realista e efetiva.

Se todas as Visas municipais possuíssem RIS, se estes fossem publicados no Diário Oficial do Município (D.O.M.) e se estivessem disponíveis em sítios eletrônicos, provavelmente as condições higienicossanitárias e físico-funcionais volvidas à prevenção de riscos e à segurança dos usuários e funcionários de Epaf regularizados seriam melhores, tendo em vista que o empreendedor teria acesso aos critérios legais estabelecidos pelo município para que seu estabelecimento funcione legal e adequadamente.

As equipes de vigilância sanitária devem estar, a todo momento, preparadas e equipadas para lidar com quaisquer situações que possam causar agravos à saúde da população. Uma boa forma de identificar as não conformidades dos estabelecimentos sob o âmbito de suas ações é através da utilização de adequados materiais, inclusive daqueles específicos a cada tipo de estabelecimento. A disponibilidade dos materiais de trabalho indicados pela Anvisa (2007b) provavelmente qualificaria melhor as ações das Visas municipais em relação à prevenção de agravos à saúde da população frequentadora de Epaf e também de outros estabelecimentos.

Ainda de acordo com o Protocolo da Anvisa (2007b) e com a Resolução Estadual nº 1.335/2010 (RIO DE JANEIRO, 2010c), que aprova os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do Estado, para a execução das ações de vigilância sanitária a Visa necessita de uma infraestrutura operacional mínima com: espaço físico para o desenvolvimento dos trabalhos; veículos para o deslocamento da equipe e transporte de materiais apreendidos ou coletados; equipamentos e meios de comunicação (tais como telefone fixo e celulares), fax, computador, impressora, acesso à internet, suporte laboratorial, entre outros. No entanto, durante as visitas, observou-se precariedade infraestrutural em várias Visas municipais: locais muito pequenos – ou mesmo improvisados – para um grande número de pessoas trabalhando; ausência de veículos à disposição; falta de telefone fixo; problemas de acesso à internet; falta de papel para a impressão de documentos, de emails, entre outros.

O Protocolo da Anvisa (2007b), por não consistir de uma legislação – apesar de estar embasado em diversos instrumentos legais, normas e manuais – não é de cunho obrigatório, e sim um instrumento orientador para a execução das ações das Visas. A ausência de infraestrutura mínima em várias Visas municipais visitadas as coloca em desacordo com o Protocolo da Anvisa e em descumprimento da legislação Estadual (RJ) – Resolução nº 1.335/2010. Tudo isto dificulta a execução das ações de vigilância sanitária pelos órgãos municipais nos diversos estabelecimentos sob seu âmbito de atuação.

Outras questões abordadas na presente investigação foram a legislação sanitária aplicável a Epaf e os critérios utilizados pelas Visas municipais para a execução de suas ações nesses estabelecimentos.

Segundo De Seta e Reis (2011), é essencial que municípios e estados tenham códigos sanitários para embasar e respaldar suas ações na vigilância sanitária. De acordo com Lima e Reis (2002), o código sanitário é um instrumento facilitador das ações de vigilância sanitária. Portanto o fato de apenas 26% (5) dos municípios estudados disporem de um Código Sanitário próprio pode dificultar tais ações.

Eduardo e Miranda (1998) afirmam que código sanitário consiste em um “conjunto de normas legais e regulamentares destinado à promoção, preservação e recuperação da saúde no âmbito municipal, estadual ou federal”. Logo, leis municipais volvidas para a saúde coletiva podem constituir o código sanitário de um município. Apesar da constatação de que apenas cinco municípios dispunham de um documento oficial intitulado por “Código Sanitário” ou

“Código de Saúde”, constatou-se também que 89% (17) dos municípios estudados dispunham de alguma legislação volvida para a proteção da saúde coletiva – inclusive um desses municípios dispunha de várias normas e legislações sanitárias, o que pode se configurar em um código sanitário. Todavia, houve dificuldade em encontrar referências contendo a definição oficial do referido termo.

Conforme já mencionado, para Rozenfeld e Costa (2000), “A instrumentalização legal é condição para o exercício de diversas práticas de vigilância sanitária, devido à natureza jurídico-política de sua intervenção, disciplinadora da vida em sociedade, e aos aspectos técnico-sanitários”. Daí a importância do embasamento legal para as ações de vigilância sanitária. De acordo com a Anvisa (2008), “A legislação nacional pode ser complementada por leis estaduais e municipais, de forma a atender às prioridades locais”. Desta forma, para que as ações de vigilância sanitária sejam facilitadas, além de eficazes¹⁶ e até mais efetivas¹⁷, é de suma importância que estados e municípios formulem legislação sanitária específica a cada tipo de estabelecimento sob seu âmbito de atuação, inclusive para Epaf, uma vez que nesses estabelecimentos os usuários e trabalhadores também podem estar expostos a diversos tipos de risco.

Apesar de haver legislações municipais aplicáveis à Epaf, nenhuma era específica às ações de vigilância sanitária em tais estabelecimentos, tornando-se necessário que legislações na instância municipal sejam criadas para que os critérios a serem exigidos durante as ações em Epaf sejam melhor definidos. Isto seria útil não apenas para os fiscais sanitários, mas também para os responsáveis por tais estabelecimentos e, conseqüentemente, para os usuários. Apesar dessa importância, 84% de todos os municípios estudados (16/19) tinha ciência de que o município não dispunha de legislação sanitária específica para Epaf. Os 16% (3/19) que alegaram dispor citaram ser o próprio Código Sanitário do Município, que até pode ser aplicável a Epaf, mas não específico.

¹⁶ Eficaz: Adj. que produz o efeito desejado; que dá bom resultado; que age com eficiência. (NOVO DICIONÁRIO ELETRÔNICO AURÉLIO - Versão 5.0).

¹⁷ Efetivo: Adj. que se manifesta por um efeito real; positivo; permanente, estável, fixo; que merece confiança; seguro, firme. Substantivo masculino: o que existe realmente. (NOVO DICIONÁRIO ELETRÔNICO AURÉLIO - Versão 5.0).

Ressalta-se que uma Visa, apesar de não atuar em Epaf, dispunha de legislação aplicável a tais estabelecimentos. Contudo, o foco das ações desse Município está voltado para o setor alimentício, conforme a seguinte frase mencionada por um entrevistado desse Órgão “Nós damos prioridade a alimentos”. Isto talvez ocorra em função da ausência de uma equipe multidisciplinar: os profissionais que atuam como fiscais sanitários na Visa em questão são três veterinários e seis profissionais de nível médio.

Na maioria dos municípios, tanto as ações das Visas estudadas quanto os instrumentos legais municipais estavam mais voltados para outros setores, principalmente o alimentício (supermercados, padarias, lanchonetes, restaurantes etc.). É possível que este fato ocorra por vários motivos, tais como: possibilidade da maior gravidade na disseminação do risco a partir desse setor; falta de conhecimento a respeito dos riscos inerentes a Epaf; e ausência de profissionais de educação física nesses órgãos – isto porque a inserção desses profissionais no SUS é um fato recente.

Quanto à falta de acessibilidade às legislações municipais, isto pode dificultar a divulgação do conhecimento e das exigências às quais os estabelecimentos devem se adequar para que a população usuária dos serviços prestados – ou dos produtos por eles comercializados, quando for o caso – esteja protegida. É possível que os relatos de que usuários de Epaf não costumam realizar denúncias, levantados nesta pesquisa, tenha relação com a inacessibilidade às legislações municipais existentes e aos critérios estipulados pelas Visas municipais para a adequação desses estabelecimentos, tendo em vista que a própria população ao ter conhecimento de seus direitos e das condições que tais estabelecimentos devem apresentar, estará mais apta a exercer a responsabilidade pública que, conforme Costa (2009), lhe é atribuída.

Ressalta-se novamente que na instância municipal os órgãos públicos têm autonomia para criar legislações e mecanismos para o controle sanitário dos diversos tipos de estabelecimentos sob seu âmbito de atuação (BRASIL, 1990; COSTA; ROZENFELD, 2000), inclusive para Epaf. O embasamento legal específico a diferentes setores, quando elaborado através de conhecimento técnico-científico, pode contribuir para uma maior efetividade na execução das ações de vigilância sanitária, não apenas no aspecto fiscalizatório, mas também no aspecto educador/orientador. Deste modo, provavelmente os fiscais sanitários estariam mais aptos a orientar os empreendedores e responsáveis técnicos de Epaf quanto a melhor maneira de realizar determinados procedimentos fundamentais para a prevenção do risco em

Epag e o porquê desses procedimentos. Neste sentido, as legislações municipais tornam-se mais importantes devido ao fato de levarem em consideração a realidade local – condições socioeconômicas, epidemiológicas, entre outras.

Quanto à legislação estadual, apesar do Estado do Rio de Janeiro dispor de instrumentos legais aplicáveis, e até específicos, às ações de vigilância sanitária em Epaf, parece que não são utilizados, pois nem todas as Visas municipais estudadas mencionaram tais legislações.

O fato do Código Sanitário do Estado do Rio de Janeiro (1975a, 1978) não citar Epaf de forma mais abrangente talvez seja devido a sua publicação ter ocorrido na década de 1970 (há quase 40 anos). Naquela época ainda não havia, na sociedade, a cultura da prática da atividade física em estabelecimentos destinados a isso. Inclusive, em 1975 iniciou-se, de forma muito incipiente, a implantação do “esporte para todos”, através da campanha “Mexa-se”, exibida em emissoras de TV (OLIVEIRA, 1983); e em 1976 houve a elaboração da Política Nacional de Educação Física e Desportos, tendo como um dos seus objetivos o aprimoramento da aptidão física da população (BRASIL, 1976b).

Mesmo a maioria não sendo específica para Epaf, constatou-se que onze (11) instrumentos legais da esfera Estadual, levantados no presente estudo, apresentam critérios mais específicos para as ações nesses estabelecimentos. Contudo, foi possível observar que apenas dois municípios tinham conhecimento mais amplo a respeito dessas legislações – uma Visa mencionou utilizar oito desses instrumentos, enquanto a outra utilizava seis (Tabela 7).

Apesar de duas legislações estaduais serem específicas para Epaf, não são tão abrangentes, posto que cada uma delas foca em apenas um aspecto – exigência de atestado médico ou fixação de avisos sobre uso inadequado de anabolizantes.

Ressalta-se que alguns entrevistados mencionaram se embasar em instrumentos legais das esferas Federal e Estadual que apenas estabelecem a descentralização das ações (Lei Federal nº 8.080/90 e Resolução Estadual nº 1.411/10) ou ainda que não são aplicáveis a Epaf (RDC nº 306/04, RDC nº 50/02 e Decreto Estadual nº 6.538/83), demonstrando desconhecimento quanto aos instrumentos legais utilizados para nortear as ações de vigilância sanitária.

Apenas três dos oito instrumentos legais ou normativos da esfera Federal citados pelos entrevistados são específicos para Epaf: Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária,

Resolução nº 52/2002 do Confef e Manual de Orientações Para Fiscalização Sanitária em Epaf.

O Manual proposto pela Anvisa (2009) para as ações de fiscalização sanitária em Epaf é um instrumento bem estruturado em termos de abrangência das legislações vigentes aplicáveis a tais estabelecimentos e está à disposição das diversas Visas; contudo ainda é desconhecido e pouco utilizado. É importante destacar que, apesar de não ter força de lei, por ser bem estruturado e elaborado pelo Órgão coordenador do SNVS, deveria ter seu uso recomendado e melhor difundido, principalmente nos municípios, que não possuem legislações ou normas específicas para Epaf.

Quanto à atuação em Epaf, conforme já mencionado, ressalta-se que três Visas ainda não atuavam nesses estabelecimentos, contrariando o que é disposto no Decreto Estadual nº 1.411/2010, que estabelece como âmbito das Visas municipais as ações em Epaf. Além disto, dentre os órgãos que informaram atuar em Epaf, 38% (6/16) não apresentaram nenhum registro de suas ações nesses estabelecimentos. Isto pode indicar precariedade nos sistemas de informação, dificultando as ações de vigilância sanitária nesses municípios, não somente no que se refere à inspeção, mas também capacitação, educação e investigação de agravos.

De acordo com a Anvisa (2007b):

O cadastro de todos os estabelecimentos e áreas a serem fiscalizadas, é ação prioritária e indispensável, pois será esse banco de dados que apoiará a elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária, permitindo a definição das ações de VISA a serem executadas, as metas e os parâmetros de acompanhamento.

Esse cadastro deve ser feito pelas equipes de vigilância sanitária a partir do momento que se tem ciência da existência de um determinado estabelecimento sob o âmbito das ações de vigilância sanitária. Para isto, deve haver integração entre a Visa e outros setores ou órgãos das diversas instâncias (ANVISA, 2007b).

Em relação à visita prévia para a concessão da licença sanitária a Epaf, chamamos a atenção para aquele município que não realizava a referida visita, devido ao fato de utilizar um sistema *online* para o requerimento em questão. Seus entrevistados informaram que se o responsável do estabelecimento solicitar a visita prévia dos fiscais da Visa municipal, uma equipe deverá ir ao local. Contudo, ainda de acordo com os entrevistados desse Órgão, devido à grande demanda da visita a outros tipos de estabelecimentos, gera-se grande atraso para a

concessão da referida licença, o que contribui para que os requerentes da licença sanitária prefiram fazer tudo pelo sistema *online*. Através deste procedimento, talvez a Visa municipal não esteja atuando de forma preventiva, havendo a possibilidade da licença sanitária ser concedida a estabelecimentos inapropriados à prática de atividade física.

Quanto ao fato de academias de lutas/artes marciais e de dança não serem fiscalizadas por algumas Visas municipais e não estarem submetidas às ações do Sistema Confef/Crefs, em 2007 foi aprovado pela Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 1.371, que determina que os profissionais de artes marciais, dança, capoeira, ioga e pilates não tenham a obrigatoriedade de serem graduados em Educação Física e, deste modo, não estejam submetidos ao Sistema Confef/Crefs, devido ao forte aspecto cultural apresentado por tais atividades. Isto corrobora com o que foi mencionado pelos entrevistados de duas Visas municipais. Contudo, tal Projeto ainda está sob trâmite legal, para ser analisado de forma conclusiva.

Em 79% (15/19) dos municípios estudados a denúncia foi apresentada como um dos critérios prévios à realização da inspeção sanitária nos diversos tipos de estabelecimentos. Em Epaf, esse critério é utilizado por 88% (14/16) das Visas que atuam nos referidos locais. Segundo Costa (2009), os cidadãos de modo geral e consumidores de produtos e serviços também possuem “responsabilidade pública”, que para a autora “diz respeito aos atores envolvidos com as questões da área de vigilância sanitária que transbordam o aparelho de Estado”. Deste modo, a realização de denúncias por parte dos cidadãos é um ato de responsabilidade pública e percebeu-se, através desta pesquisa, que as Visas municipais muito se norteiam nesses atos para a execução de suas ações. Apesar disto, conforme alguns relatos, o registro de denúncias é pequeno: “Sem contar que aqui a gente não recebe muitas denúncias. Se tivesse mais denúncias, tipo assim: aquela academia ‘X’ tá atuando dessa e dessa forma que não é... P’ra gente facilitaria o trabalho. Seria uma abertura” (relato prestado por um dos entrevistados).

Ressalta-se que 31% (5/16) dos entrevistados das Visas municipais que atuam no segmento estudado afirmaram que “eventos/surtos” é um dos critérios prévios à realização da inspeção sanitária em Epaf. Contudo, esta questão foi fechada e ao ser comparada às respostas fornecidas anteriormente numa questão aberta – sobre os critérios que motivam a realização da inspeção sanitária nos diversos tipos de estabelecimentos – observou-se que nenhum dos

entrevistados mencionou “eventos/surtos” como um dos critérios. Isto pode sugerir indefinição dessas Visas quanto aos critérios utilizados para a execução das ações em Epaf.

Sobre as exigências das Visas municipais para a concessão da licença sanitária a Epaf, de modo geral os entrevistados informaram que primeiro o requerente deve dar entrada à documentação junto à Prefeitura. Em alguns casos, a própria Prefeitura encaminha os processos para a Visa do município. Dentre as Visas municipais que atuam em Epaf, a principal exigência (75%) para a concessão da licença sanitária a esses estabelecimentos é estar com a documentação regularizada junto à Prefeitura e a outros órgãos de abrangência (Conselho profissional, por exemplo). A segunda exigência mais citada (50%) é apresentar condições higienicossanitárias satisfatórias. Contudo, em conformidade com o seguinte relato – cuja semântica também foi apresentada por outros entrevistados – “A demanda aqui é muito grande e alguns setores ficam prejudicados por conta disso”, contribuindo para o acúmulo de processos. Deste modo, muitas vezes o estabelecimento começa a funcionar sem dispor da licença sanitária:

O processo em si é lento. Então de repente ele (*o estabelecimento*) está trabalhando (*funcionando*), tá sem a licença, mas tá sendo vistoriado, tá sendo monitorado (...). Quando sai a licença, sai a licença de 2011, 2012 e 2013, mas aí já tem que dar entrada ao processo de 2014.

De acordo com a análise das exigências utilizadas para a concessão da licença sanitária a Epaf (sendo questões documentais e condições higienicossanitárias gerais os mais citados, 75% e 50%, respectivamente) e com relatos de que a demanda é grande e o processo de regularização dos estabelecimentos junto a algumas Visas é lento, especula-se que o controle de Epaf junto às Visas municipais estudadas não seja efetivo, bastando o estabelecimento estar com a documentação regularizada junto à Prefeitura e as devidas taxas pagas, inclusive de inspeção sanitária, para funcionarem normalmente. No entanto, para comprovar essa hipótese seria necessário um levantamento mais pormenorizado dos estabelecimentos licenciados em cada município e a ação das Visas realizadas em cada um deles.

A ausência da inspeção prévia à concessão da licença sanitária ao Epaf pode sujeitar os usuários e também os profissionais desses estabelecimentos a riscos à saúde, caso o gestor ou o responsável técnico não tenha conhecimentos e atitudes quanto às condições sanitárias do estabelecimento e às ações que devem ser tomadas para que a saúde dos frequentadores desses ambientes seja preservada.

As duas Visas municipais que mais realizaram inspeção sanitária em Epaf no ano de 2012 possuem uma elevada população e, muito possivelmente, a quantidade de Epaf nesses locais também deve ser maior. Através da Tabela 2, é possível observar que essas Visas (01 e 04) também dispõem de mais profissionais. Não há dúvidas de que o quantitativo de recursos humanos interfere diretamente na abrangência das ações de vigilância sanitária.

O fato de tantos Epaf (80%) terem apresentado irregularidades durante as inspeções sanitárias realizadas pelas Visas 01 e 04 reforça a necessidade de ações mais efetivas nos estabelecimentos em questão, visto que a população frequentadora desses estabelecimentos pode estar exposta a riscos potenciais. Para Leite e Navarro (2009), “O risco potencial diz respeito à possibilidade de ocorrência de um agravo à saúde, sem necessariamente descrever o agravo e sua probabilidade de ocorrência”.

Coloca-se novamente em relevo que a dificuldade de se obter informações das Visas municipais a respeito das inspeções sanitárias realizadas em Epaf sugere precariedade no sistema de informação das Visas em questão ou mesmo na execução desses órgãos quanto às ações nos estabelecimentos aqui abordados.

Chamou a atenção os relatos de duas Visas pelo fato desses órgãos realizarem inspeção sanitária em inúmeros estabelecimentos, inclusive naqueles não submetidos às ações de vigilância sanitária, como papelarias, sapatarias e até igrejas. Essa situação pode levar a uma incapacidade às Visas em fiscalizar os estabelecimentos que estão de fato sob o regime da Visa, em função da sobrecarga de trabalho, de poucos fiscais sanitários e da falta de tempo.

Dentre os eventos citados pelos entrevistados como os de maior ocorrência em Epaf, observou-se que os principais tipos de riscos aos quais tais eventos podem estar relacionados (BRASIL, 1978) foram riscos de acidente e biológico. Contudo, eventos associados a outros tipos de riscos (químico, físico e ergonômico) também foram citados (Tabela 17).

O risco de acidente tem relação direta com a má conservação e a má disposição dos aparelhos, estrutura física do estabelecimento precária ou inadequada, presença de espelhos quebrados, de materiais pontiagudos, piso sem material antiderrapante, dentre outros. Uma forma de evitar este risco é através de profissionais (educadores físicos) capacitados e qualificados para atuar nesses estabelecimentos, além de estruturas adequadas e de equipamentos bem distribuídos nos devidos espaços. Esses profissionais devem estar constantemente atentos ao que seus alunos fazem e como se comportam diante das inúmeras

máquinas – ou da disposição de espelhos e sacos de pancada – existentes no local de treinamento.

Em piscinas também há o risco de acidente, que pode ocorrer devido a vários fatores, dentre os quais: falta de supervisão, estrutura física inapropriada e má conservação da piscina, podendo haver consequências como a ocorrência de afogamento¹⁸, quase-afogamento¹⁹ e lesões físicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

Para minimizar a ocorrência de acidentes relacionados à piscina, a Lei Estadual nº 3.728, de 13 de dezembro de 2001, estabelece a permanência de guardião de piscina (antigo “salva-vidas”) em Epaf, clubes sociais e esportivos e em outros estabelecimentos que possuam piscinas com dimensões superiores a 6m x 6m (RIO DE JANEIRO, 2001); e a Lei Estadual nº 5.837, de 11 de novembro de 2010, torna obrigatório que haja dispositivos de segurança, para interromper o processo de sucção, em piscinas para uso coletivo, além de dar outras providências (RIO DE JANEIRO, 2010a).

O risco biológico em Epaf geralmente está associado a condições higienicossanitárias precárias – seja na limpeza das instalações físicas, das máquinas e de outros equipamentos usados durante a prática de exercícios ou no controle da qualidade da água de piscina. De acordo com a Norma Brasileira (NBR) nº 10.818 (ABNT, 1989), não deve haver bactérias do grupo coliforme e/ou *Staphylococcus aureus* na água da piscina de uso coletivo. Além disto, ainda de acordo com essa Norma, em casos de epidemia, ou sempre que necessário, outros parâmetros devem ser investigados, tais como ausência de *Pseudomonas aeruginosa* e *Candida albicans*.

P. aeruginosa, *C. albicans* e *S. aureus* são patógenos humanos. Dentre a classificação dos agentes biológicos, pertencem à classe II, ou seja, o grau de disseminação pela coletividade é considerado baixo. Quanto ao tipo de complicações, a infecção causada por *P. aeruginosa* está relacionada à otite e conjuntivite e *C. albicans* a micoses (ABNT, 1989). Em algumas infecções agudas causadas por *S. aureus*, este micro-organismo pode migrar para

¹⁸ Afogamento = a morte por asfixia, que resulta de um acidente por submersão, dentro do 1º dia do acidente. Disponível em <http://estudmed.com.sapo.pt/traumatologia/afogamento_1.htm>. Acessado em: 08/fev./2014.

¹⁹ Quase-afogamento = refere-se à vítima que sobrevive à asfixia decorrente de um episódio de submersão, pelo menos por 24 horas. Disponível em <http://estudmed.com.sapo.pt/traumatologia/afogamento_1.htm>. Acessado em: 08/fev./2014.

diversos tecidos e, em casos mais graves, pode ocasionar bacteremia, pneumonia, osteomielite, endocardite, miocardite, pericardite e meningite (ANVISA, 2014).

Quanto à epidemiologia do *S. aureus*, de acordo com Nakamura et al. (2013), uma nova cepa MRSA (do inglês *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) tem emergido, desde a década de 1990, em ambientes onde há aglomerados de pessoas e a partir daí essa e outras cepas têm se disseminado por todo o mundo. Vários estudos evidenciam a relação entre infecção cutânea gerada por *S. aureus* resistente à meticilina adquirido em comunidade (CAMRSA – do inglês *Community-acquired methicillin-resistant S. aureus*), sendo este um problema global e havendo ocorrência também entre atletas, em Epaf ou ginásios (COHEN, 2008).

Markley et al. (2012) encontraram *S. aureus* sensível à meticilina (MSSA) em 10% das amostras coletadas de equipamentos e de ambientes de uma academia nos Estados Unidos. Para este autor, da mesma forma que colônias de MSSA permaneceram em superfícies do Epaf analisado, MRSA também podem se manter nesses ambientes.

Segundo Ryan et al. (2011), a transmissão dessa bactéria é mais comum através do contato físico que através do contato com superfícies ou equipamentos. De acordo com Cohen (2008), a contaminação entre praticantes de esportes geralmente ocorre quando os membros da equipe utilizam equipamentos contaminados pela referida bactéria e o risco de transmissão dessa infecção aumenta através do contato corporal e do compartilhamento de roupas ou objetos pessoais.

Os Epaf podem servir como reservatórios de *S. aureus* e, além disto, tais locais podem ser uma significativa fonte de exposição a esse micro-organismo (MARKLEY et al., 2012).

Para garantir a segurança da população, os produtos utilizados para a limpeza das instalações físicas, máquinas e equipamentos diversos devem ser eficazes. Para isto, a Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, estabelece que tais produtos sejam submetidos a um controle de qualidade – por intermédio de análises e ensaios laboratoriais – e tenham a aprovação e o registro junto à Anvisa (BRASIL, 1976a).

O fato é que em Epaf também deve haver uma constante vigilância quanto à adequada limpeza dos diversos equipamentos e ambientes de treinamento. Condições higienicossanitárias precárias e má qualidade no controle microbiológico da água da piscina

certamente contribuem para aumentar a exposição dos usuários e trabalhadores ao risco biológico – não apenas por *S. aureus*, mas também por outros micro-organismos.

Quanto ao risco ergonômico em Epaf, a prática de atividade física quando mal orientada, ou mesmo sem orientação de profissionais habilitados, pode gerar inúmeras lesões e complicações ao aluno/cliente. Deste modo, esse tipo de risco está mais associado à legalidade e à correta execução do exercício profissional, ou seja, se o instrutor é formado em educação física e se possui o registro junto ao Cref de sua localidade. Se o profissional não dominar conhecimentos específicos da área em questão, poderá estar prescrevendo exercícios ou cargas incompatíveis à estrutura física e à capacidade cardíaca dos alunos/clientes de Epaf. Deste modo, a presença de profissionais de educação física, juntamente à exigência de atestado médico do cliente, conferem mais segurança aos usuários de Epaf, pois esses profissionais, se habilitados, estarão aptos a prescrever exercícios de acordo com as condições físicas e fisiológicas do aluno/cliente. Ressalta-se que um estudo realizado em seis academias de ginástica e musculação de Belo Horizonte, Minas Gerais, revelou que mais da metade dos alunos/clientes apresentou percepção de alguma lesão após o treinamento, dentre os quais 48% acreditavam que a lesão adquirida era em decorrência das atividades físicas realizadas no Epaf (ROLLA et al., 2004).

De acordo com a Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998, somente profissionais de educação física com registro no respectivo conselho profissional devem atuar no campo de atividades físicas e esportivas (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 1998). Além disto, a Resolução nº 134, de 05 de março de 2007 (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2007) estabelece que o responsável técnico de Epaf seja um profissional de educação física, adequadamente regularizado junto ao Sistema Confef/Crefs. No entanto, o Código Sanitário Estadual (RIO DE JANEIRO, 1975a, 1978) estabelece que o responsável técnico em “estabelecimento de esteticismo, de ginástica e congêneres” seja um médico, trazendo divergência quanto a esse aspecto e dúvidas em alguns entrevistados em relação ao que deve ser exigido como responsável técnico em Epaf. Como o referido Código Sanitário data da década de 1970, sua revisão faz-se necessária.

Além de contribuir para a ocorrência de risco ergonômico, a ausência de responsável técnico e de profissionais de educação física habilitados, pode contribuir para a ocorrência de outros dois tipos de risco: o risco de acidente, já mencionado, e o risco físico. Apesar de nenhum entrevistado ter mencionado nessa questão (e sim em outros momentos das

entrevistas) o evento “som em volumes altíssimos” – que é caracterizado como risco físico –, isto ocorre com frequência em Epaf, principalmente durante aulas de atividades aeróbicas (MARCON; ZANNIN, 2004), tais como *jump*²⁰, *step*²¹, *body combat*²², *spinning*²³, entre outras. Para Oliveira e Silva (2010), “Mesmo que a música tocada seja agradável para o grupo, só o fator de a intensidade sonora ser alta, já proporciona alguns malefícios como comprometimentos orgânicos, mentais e sociais”.

Um estudo realizado em seis academias de Curitiba, Paraná, constatou que os níveis sonoros (ruídos) emitidos durante as atividades aeróbicas estavam muito elevados, ultrapassando os níveis indicados para Epaf e quase alcançando 85dB²⁴ (MARCON; ZANNIN, 2004), nível este citado pelo MTE para ambientes industriais (BRASIL, 1978, 2011e). Além desse estudo, vários outros mostram que os níveis sonoros em Epaf são muito altos (MARCON; ZANNIN, 2004; OLIVEIRA; SILVA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), um indivíduo na fase adulta “poderá passar de 8 a 12 horas por dia, em média, exposto a elevados níveis de pressão sonora em seu ambiente de trabalho”. Profissionais que ficam expostos a ruídos intensos podem adquirir perda auditiva induzida por ruído (Pair). Em média, a partir de 85dB, durante oito horas diárias de exposição a ruído intenso, ocorrem alterações na orelha interna do indivíduo exposto, resultando na Pair (BRASIL, 2006c).

Contudo, existem limites de tolerância à exposição a ruídos e os estabelecimentos devem respeitar esses níveis de pressão sonora (ANVISA, 2009), de modo a não causar dano à saúde do trabalhador e dos clientes de Epaf. Segundo a ABNT (1987a), em sua NBR nº 10152, que estabelece os níveis de ruído em “pavilhões fechados para espetáculos e atividades esportivas”, os níveis sonoros para o conforto em Epaf não devem ultrapassar os 45dB, sendo aceitáveis até 60dB. Porém, conforme citado, diversos estudos mostram que os níveis sonoros em Epaf são muito altos (MARCON; ZANNIN, 2004; OLIVEIRA; SILVA, 2010), podendo ultrapassar até os níveis de tolerância estipulados pelo MTE através da NR nº 15 – que fala sobre atividades insalubres (BRASIL, 1978, 2011e).

²⁰ *Jump*: Aula de ginástica aeróbica realizada sobre um minitrampolim.

²¹ *Step*: Exercícios aeróbicos praticados com o uso de uma pequena plataforma chamada *step* (ou degrau, em português).

²² *Body Combat*: Aula que combina movimentos e golpes de diversos tipos de artes marciais.

²³ *Spinning*: Atividade aeróbica feita em uma bicicleta ergométrica, através de diferentes ritmos de pedaladas e diferentes cargas.

²⁴ dB – Decibel (decibéis, nos plural) é a unidade utilizada para medir a intensidade do som.

Deste modo, nos Epaf que não cumprem os níveis sonoros estabelecidos nas normas aqui citadas, talvez quem mais sofra com o risco físico em questão sejam os trabalhadores do estabelecimento, pois geralmente eles estão expostos por períodos muito prolongados ao evento em questão. Apesar disto, quem controla o volume das músicas durante as atividades aeróbicas são os próprios profissionais de educação física. Portanto, é possível que nem estes profissionais saibam do risco ao qual estão se expondo e expondo seus alunos/clientes.

O risco químico em Epaf pode estar associado desde o contato com substâncias químicas utilizadas na limpeza e desinfecção do estabelecimento, incluindo a água da piscina, até a utilização de drogas ilícitas ou restritas ao uso terapêutico, tais como esteroides anabolizantes.

Ressalta-se que os casos de conjuntivite, otite e problemas respiratórios – relatados pelos entrevistados de uma Visa estudada – foram em decorrência de excesso de cloro na água da piscina. O cloro é um produto químico com diversas utilidades, dentre as quais uma é a utilização no tratamento de água potável e de piscinas (COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL, 2012). Caracterizado por sua ação biocida, ou seja, capacidade de eliminar os micro-organismos, tais como bactérias, vírus e fungos (ANVISA, 2010; ROMÃO, 2010), o cloro:

Reage com substâncias orgânicas, principalmente em meio aquoso onde pode formar ácidos tóxicos, exercendo efeito direto em tecidos do trato respiratório e causando irritação nos olhos, com lacrimejamento, tosse, dor de cabeça, falta de ar e sensibilidade à luz. (COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL, 2012)

Desse modo, a hipercloração da água da piscina pode causar eventos associados ao risco químico. Por outro lado, se esses níveis forem abaixo do indicado para a eficácia da ação biocida, o risco biológico será aumentado, visto que “a concentração de cloro disponível no processo de desinfecção deve ser alta o suficiente para satisfazer à demanda do cloro (cloro consumido pela carga orgânica presente) e fornecer cloro residual suficiente para destruir os micro-organismos” (ROMÃO, 2010).

Conforme Presgrave, Camacho e Villas Boas (2009): “O rápido avanço tecnológico propicia que uma grande quantidade de produtos esteja sendo permanentemente colocada à disposição da população, ficando esta exposta também aos seus efeitos tóxicos”. Daí a

necessidade de cautela e informação quanto à adequada forma de utilização dos produtos a serem manuseados durante a limpeza e desinfecção dos diversos ambientes e equipamentos presentes em Epaf. Segundo Romão (2010), os profissionais que atuam manuseando os agentes químicos, durante a limpeza e desinfecção, devem estar atentos à utilização de EPI, tais como luvas, aventais, entre outros equipamentos. Isto contribui para a diminuição da exposição desses profissionais ao risco químico.

Quanto às drogas ou outros produtos consumidos por usuários de Epaf, estudos revelam alto consumo de anabolizantes e de suplementos alimentares (NOGUEIRA; SOUZA; BRITO, 2013; SILVA JUNIOR et al., 2008) – “tanto o consumo de suplementos alimentares quanto o uso dos esteroides anabólicos androgênicos se encontram exacerbados nas academias brasileiras, principalmente na região Sudeste” (NOGUEIRA; SOUZA; BRITO, 2013). Em relação à comercialização e uso dessas substâncias em Epaf, Silva Junior et al. (2008) afirmaram que “Há uma grande preocupação com a utilização de suplementos, pois há um uso exagerado dessas substâncias sem a prescrição médica além do seu fácil acesso por causa da expansão das indústrias que fabricam esses produtos”.

Anabolizantes são drogas sintéticas, cuja estrutura química é similar a dos esteroides. Essas substâncias são de uso terapêutico restrito, devendo ser prescritas por um médico endocrinologista, que deverá acompanhar os efeitos de sua administração no organismo do paciente. Contudo, objetivando ganhar massa muscular e aumentar a *performance* nos treinamentos, muitos indivíduos, atletas ou não, utilizam essas substâncias indiscriminadamente, sem a devida prescrição médica (MATOS, 2010; SILVA JUNIOR et al., 2008) e, além disto, em superdosagens – para potencializar os seus efeitos no organismo (MATOS, 2010).

Essas drogas, quando utilizadas para outros fins, que não os prescritos em bula, podem acarretar inúmeros malefícios aos usuários, desde doenças cardiovasculares até distúrbios comportamentais – associados ao aumento da agressividade (MATOS, 2010). Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME, 2005), doenças cardiovasculares e o uso de drogas, incluindo esteroides anabolizantes, estão entre as principais causas de morte súbita no exercício e no esporte (MSEE).

A Lei Federal nº 9.965, de 27 de abril de 2000, restringe a venda de esteroides ou peptídeos anabolizantes para uso humano. De acordo com esta Lei, o usuário deve dispor de

receita emitida por médico ou dentista registrados no respectivo conselho profissional. Tal receita deve ser apresentada à farmácia (ou drogaria), que, por sua vez, deverá reter uma cópia carbonada (BRASIL, 2000). Contudo, em Epaf é frequente encontrar revendedores ou pessoas que indiquem quem possa vender receitas falsas para a compra dessas drogas, o que está se popularizando (MATOS, 2010). O uso indiscriminado de esteroides anabolizantes muitas vezes se dá devido à falta de informação associada às contraindicações das substâncias utilizadas (NOGUEIRA; SOUZA; BRITO, 2013). Neste sentido, existe a Lei Estadual nº 4.734, de 29 de março de 2006, que estabelece a fixação, em Epaf, de avisos sobre uso inadequado de anabolizantes (RIO DE JANEIRO, 2006). Ressalta-se que, durante as entrevistas, somente duas Visas municipais informaram conhecer e se embasar na referida Lei.

Em uma diretriz sobre a morte súbita, a SBME (2005) ressaltou a importância de uma avaliação médica antes da participação em atividades físicas e enfatizou que:

Cabe ao médico orientar quanto ao risco de MSEE com diversas drogas frequentemente utilizadas como recursos ergogênicos²⁵, muitas das quais fazem parte das listas de substâncias proibidas em esportes competitivos (*doping*), como esteroides anabolizantes, anfetamínicos e cocaína.

Quanto à percepção dos entrevistados e a constatação de que as equipes de vigilância sanitária municipais ainda se deparam com problemas básicos de infraestrutura e de recursos humanos – tendo sido essas as principais queixas dos entrevistados –, gera insatisfação e preocupação, pois tais quesitos são extremamente relevantes, por implicar na realização e efetividade das ações de vigilância sanitária, tanto em Epaf quanto em outros estabelecimentos. Essa insatisfação também foi expressada por alguns entrevistados, por conta da impossibilidade de conseguirem controlar todos os estabelecimentos sob o âmbito das ações da Visa. Deste modo, a falta de recursos (humanos e de infraestrutura) influencia na execução e também na efetividade das ações em Epaf. Conforme o gestor de uma Visa municipal visitada, “Quanto à academia, é isso aí mesmo... É uma parte que é o meu **calcanhar de Aquiles**” (grifo nosso), demonstrando precariedade, dificuldade e dúvidas em relação à inspeção nesses estabelecimentos.

²⁵ Ergogênico: Adjetivo grego (ergo, trabalho + gênico, produção). Med. Substância ou artifício que aumenta a capacidade para o trabalho corporal ou mental, especialmente pela eliminação de sintomas de fadiga, visando à melhora da *performance*. Disponível em < <http://www.dicionarioinformal.com.br/ergog%C3%AAnico/>> Acessado em: 07/jan/2014.

Também foi expressado que a falta de capacitação específica para Epaf pode comprometer as ações de vigilância sanitária nesses estabelecimentos. Além disto, possivelmente por haver poucas denúncias da ocorrência de eventos em Epaf – alguns dos quais, como infecções cutâneas ou oculares, muitas vezes nem são associados a esses estabelecimentos (apesar da possível relação) –, parece não ser dada a devida importância, inclusive por parte das instâncias superiores, que parecem não divulgar e nem mesmo cobrar (de acordo com alguns relatos) a execução, por parte dos municípios, do controle sanitário em Epaf. A situação é tão crítica que em uma das Visas municipais visitadas um fiscal, que já atuava há quase vinte anos naquela Visa, não sabia que Epaf estão sob o âmbito das ações de vigilância sanitária. Para esta Visa e várias outras, enviamos por *e-mail* alguns materiais dos quais dispúnhamos, como o Manual da Anvisa (2009) para ações em Epaf e o Protocolo dessa mesma Agência (2007b) com indicação de materiais a serem utilizados.

Para que as ações das Visas municipais abranjam um maior número de estabelecimentos e, além disto, sejam eficazes e mais efetivas, é necessário que haja mais investimentos neste setor – seja através da contratação de profissionais, capacitação destes, adequada infraestrutura, materiais e, dentre outros, sistema informacional à disposição.

A prevenção é a base da vigilância sanitária e gera custos muito menores ao Governo em relação aos custos associados a tratamentos de doenças ou agravos à saúde da população, quando já instalados. Deste modo, torna-se necessário que a vigilância sanitária e os profissionais desta área sejam valorizados e capacitados. Como afirmado por um entrevistado: “A gente tem que investir, capacitar e privilegiar o profissional da Visa, porque ele vai levar isso adiante” (ENTREVISTADO 01).

Quanto aos Epaf clandestinos, preocupantemente ainda parece haver muitos desses estabelecimentos funcionando, embora uma quantidade estimada não possa ser obtida. Para um dos entrevistados, “Infelizmente como o município é muito grande, existem realmente muitas academias de fundo de quintal que a gente passa e nem vê, porque fica lá na garagem e a gente às vezes nem tem conhecimento mesmo e nem visualmente dá p’ra detectar”. Também para esse ponto, como para outros já mencionados nessa pesquisa, deparamo-nos com a baixa disponibilidade de recursos humanos para atender a demanda de tantos estabelecimentos. Apesar disto, algumas Visas municipais estudadas informaram atuar nesses estabelecimentos a partir de denúncias recebidas. Daí a importância dos cidadãos (usuários ou

não) exercerem a responsabilidade pública que, conforme já citado (COSTA, 2009), lhes é atribuída.

Conforme já mencionado, os profissionais de vigilância sanitária detêm poder de polícia em suas ações. De acordo com alguns autores:

A doutrina assinala que o poder de polícia reparte-se entre legislativo e executivo. O poder legislativo cria, por lei, as chamadas limitações administrativas ao exercício das liberdades públicas; já o poder executivo, por meio da Administração Pública, regulamenta as leis e controla a sua aplicação, seja preventivamente – por meios de ordens, notificações, licenças ou autorizações –, seja repressivamente, por meio de medidas coercivas (autuações). (AITH; MINHOTO; COSTA, 2009, p. 53)

É interessante destacar que o poder de polícia, concedido aos profissionais de vigilância sanitária, não tem força repressiva sobre o indivíduo (responsáveis legal ou técnico do estabelecimento, por exemplo), sendo necessário, em algumas ações das Visas municipais, a solicitação de reforço policial. Isto se deve ao fato desse poder de polícia ser administrativo, exercido apenas sobre estabelecimentos (pessoas jurídicas), e não sobre pessoas físicas (DE SETA; REIS, 2011). Deste modo, Epaf clandestinos, por não possuírem autorização para o funcionamento, inclusive a falta de licença sanitária, não estariam submetidos às ações de vigilância sanitária, caracterizando-se como casos policiais (crimes à saúde pública).

Ressalta-se que em algumas Visas municipais os fiscais, ao serem informados da existência de Epaf clandestinos, vão até o local, verificam as condições do estabelecimento e se ele estiver apto ao funcionamento, sem propiciar maiores riscos à saúde dos usuários e dos profissionais, o responsável é orientado a regularizar a situação documental do estabelecimento junto aos órgãos e Conselho cabíveis. Esta atitude orientadora adotada por algumas Visas municipais é importante, pois contribui para que o campo da vigilância sanitária deixe de ser visto apenas pelos aspectos fiscalizatório e punitivo – que em geral lhe são atribuídos, pela população e até por alguns empresários – e passe a ser visto também pelo caráter de propagador do conhecimento, buscando melhorias por parte dos estabelecimentos para a proteção da saúde de seus clientes.

Estabelecimentos que seguem as diversas legislações vigentes e pertinentes às atividades por eles prestadas não têm porque não se regularizar. Deste modo, em Epaf clandestinos e também naqueles que não são adequadamente controlados pelos respectivos órgãos de vigilância sanitária, provavelmente a possibilidade dos usuários e profissionais

estarem expostos aos diversos tipos de risco é muito maior em relação aos Epaf regularizados e controlados pelas Visas.

6. CONCLUSÕES

A partir das entrevistas realizadas com representantes dos Órgãos de Vigilância Sanitária Municipais (Visas) das Regiões Metropolitanas I e II do Estado do Rio de Janeiro e da análise da documentação e legislação pertinente, foi possível concluir que:

- Nem todas as Visas atuam nos Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física (Epaf), nem mesmo para a emissão da licença sanitária, o que pode contribuir para o aumento do risco de doenças e agravos à saúde dos usuários desses estabelecimentos.
- Em nenhuma das Visas, o profissional de Educação Física compunha o grupo de profissionais que realizam as ações de vigilância sanitária nos municípios visitados. Esse fato pode contribuir para o provável pouco aprofundamento e a baixa eficácia das ações de vigilância sanitária nesses estabelecimentos, ou mesmo para o pouco reconhecimento desse tipo de serviço como provedor de risco para a sociedade.
- De modo geral, as Visas relataram problemas quanto a sua estrutura, no que se refere à disponibilidade de recursos humanos suficientes e capacitados para todas as ações que lhe são atribuídas; reconhecimento da sua importância e valorização dos profissionais no seu papel para a proteção da saúde da população; falta de estrutura física para a guarda de documentos e equipamentos; falta de instrumentos fundamentais para a execução de suas atividades, como instrumentos para a coleta e análise de amostras; dificuldade para acessar informações pertinentes aos registros de Epaf cadastrados, inspecionados e regularizados junto às Visa, assim como as não conformidades constatadas nesses estabelecimentos e outros fatores que podem auxiliar na adoção de medidas de prevenção programáticas, seja no aspecto fiscalizatório ou no aspecto educador/orientador – neste caso, não apenas dos proprietários de Epaf, mas também da população usuária de serviços nesses estabelecimentos.
- A capacitação dos profissionais pode ser considerada crítica, uma vez que: observaram-se contradições entre os relatos e o conteúdo da legislação vigente; as exigências utilizadas durante as inspeções sanitárias nem sempre estão voltadas para a prevenção de riscos mais comuns ou mesmo inerentes a Epaf; nenhuma Visa estudada recebeu capacitação específica para as ações em Epaf; foi relatado

que as capacitações são mais voltadas para a área de alimentos e pouco abrangem outros tipos de produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária.

- Apesar de haver legislações municipais aplicáveis à Epaf, nenhuma era específica às ações de vigilância sanitária em tais estabelecimentos. Além disto, de modo geral os critérios para tais ações não são bem definidos. Quanto aos instrumentos legais e normativos das esferas Federal e Estadual, existem instrumentos voltados para as ações em Epaf, contudo a maioria das Visas municipais desconhecem.
- As Visas relataram alguns eventos observados em Epaf, como problemas com a estrutura física desses estabelecimentos, conservação dos equipamentos e problemas documentais. Todavia, observou-se que os eventos/riscos relatados pelos entrevistados não abarcam na sua totalidade o que tem sido relatado na literatura, ou mesmo na mídia, como agravos ocorridos nesses estabelecimentos.

Muitos dos itens relatados acima podem ter ocorrido pela incompletude ou ineficiência do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária para os municípios, seja pela falta de estrutura, de capacitação, ou mesmo pela maior vulnerabilidade dos territórios a pressões político-econômicas locais.

Tendo em vista os achados do presente estudo, julga-se como necessário a elaboração de critérios mais definidos e de instrumentos legais municipais específicos para Epaf, além de capacitação profissional e melhorias no sistema informacional dessas Visas.

Apesar dos objetivos do presente estudo estarem voltados inicialmente nas ações em Epaf, os achados obtidos, no que tange principalmente as fragilidades das ações de vigilância sanitária e das capacitações e estruturas das Visas municipais estudadas, podem ser extrapolados para as demais áreas de atuação das Visas.

Diante de tudo o que foi exposto, Epaf podem consistir em verdadeiros cenários para a exposição a diversos tipos de riscos, tanto aos usuários quanto aos profissionais de educação física e outros funcionários desses estabelecimentos. Com tanto incentivo à prática de atividade física e, também, a maior participação de crianças e idosos em Epaf, é extremamente importante que seja dada mais atenção por parte dos Órgãos de Vigilância Sanitária Municipais a esses estabelecimentos. Vale lembrar que a função da vigilância

sanitária é a prevenção de doenças e agravos à saúde, e prevenção é prever e agir antes que algum dano aconteça.

Por apresentar um panorama quanto às legislações e critérios utilizados por municípios do Estado do Rio de Janeiro para as ações de vigilância sanitária em Epaf e, também, por ser inédito, o presente estudo poderá contribuir com a Vigilância Sanitária – dando subsídios a outros estudos e à execução das ações nos estabelecimentos abordados nessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABNT. **NBR 10152**: Níveis de ruído para conforto acústico. Rio de Janeiro, 1987a.

_____. **NBR 10339**: projeto e execução de piscina. Rio de Janeiro, 1988.

_____. **NBR 10818**: Qualidade de água de piscina. Rio de Janeiro, 1989.

_____. **NBR 9818**: Projetos de execução de piscinas (tanque e área circundante). Rio de Janeiro, 1987b.

AITH, F.; MINHOTO, L. D; COSTA, E. A. Poder de polícia e vigilância sanitária no estado democrático de direito. In: COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 37-60.

AMARAL, L. C. Circuito de praia: o exercício que virou mania no Rio de Janeiro. **Globo Esporte.com**. Rio de Janeiro, 14 abr. 2012. Disponível em: <<http://globoesporte.globo.com/eu-atleta/noticia/2012/04/circuito-de-praia-o-exercicio-que-virou-mania-no-rio-de-janeiro.html>>. Acessado em: 08 mar. 2014.

ANVISA. **Cartilha de vigilância sanitária**. Brasília, DF, ago., 2002a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf>. Acessado em: 10 ago. 2011.

_____. **Censo Nacional de Trabalhadores de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF, 2004a.

_____. **Manual de orientações para fiscalização sanitária em estabelecimentos prestadores de atividade física e afins**. Brasília, DF, dez., 2009.

_____. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVisa)**. Brasília, DF, 2007a.

_____. **Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF, abr, 2007b.

_____. RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. **Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília, DF, dez., 2004b.

_____. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, DF, fev., 2002b.

_____. **Risco sanitário**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Ouvidoria/Assunto+de+Interesse/Fique+de+Olho/Risco+Sanitario>>. Acessado em: 17 set. 2013.

_____. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2010. 116 p.

_____. *Staphylococcus aureus*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/opas_web/modulo3/gramp_staphylo.htm>. Acessado em: 14 jan. 2014.

_____. **Vigilância Sanitária e Escola: parceiros na construção da cidadania/Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2008. 108 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 229p.

BRASIL é o 2º no ranking. **Fitness Business**. São Paulo, n. 54, p. 5, jul/ago. 2011a. Disponível em: <http://adrianozanni.files.wordpress.com/2011/08/fb_54_jul-ago.pdf>. Acessado em: 12 ago. 2012.

BRASIL é o 2º País do mundo em número de academias de ginástica. **Economia Santa Catarina**, 2011b. Disponível em: <<http://www.economiasc.com.br/index.php?cmd=comercio&id=6680>> Acessado em: 13/jul./2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. **Reconhece diversas categorias profissionais como profissionais de saúde**. Brasília, DF, mar., 1997.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Decreto presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências**. Brasília, DF, dez., 2007a.

_____. Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. **Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências**. Brasília, DF, set., 1976a.

_____. Lei Federal nº 9.965, de 27 de abril de 2000. **Restringe a venda de esteroides ou peptídeos anabolizantes para uso humano**. Brasília, DF, abr, 2000.

_____. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 – **Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências**. Brasília, DF, ago., 1977.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências**. Brasília, DF, set., 1990.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. **Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências**. Brasília, DF, jan., 1999.

_____. Ministério da Educação e Cultura. 1976b. **Política Nacional de Educação Física e Desportos**. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/me002156.pdf>. Acessado em 07 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 12 – Obesidade. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 16 – Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. 2. ed. Brasília, 1994a.

_____. Ministério da saúde. **Perda Auditiva Induzida por Ruído (Pair)**. Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 – **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)**. Brasília, DF, jan., 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, DF, fev., 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. **Institui o Programa Academia da Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, abr., 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Relatório do grupo técnico assessor do Ministério da Saúde para análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, 14(1): p. 41-68, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis**. 2011
Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1>. Acessado em: 19 ago.2011c.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 1.748, de 30 de agosto de 2011. **NR 32: Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. DOU: 31/09/2011d.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 13, de 21 de junho de 2007. **NR 17: Ergonomia**. DOU: 26/06/2007b.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 194, de 07 de dezembro de 2010. **NR 06: Equipamento de proteção individual (EPI)**. DOU: 08/12/2010.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 203, de 28 de janeiro de 2011. **NR 15: Atividades e operações insalubres**. DOU: 01/02/2011e.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 25, de 29 de dezembro de 1994. **Aprova novo texto para a NR n.º 09 (Programa de prevenção de riscos ambientais) e dá outras providências**. DOU de 30/12/1994b.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. **Aprova as normas regulamentadoras que consolidam as leis do trabalho, relativas à segurança e medicina do trabalho**. DOU: 06/jul./1978 – Suplemento.

CAPINISSÚ, J. M. Academias de ginástica e condicionamento físico - origens. In: DA COSTA, L. (Org.). **Atlas do esporte no Brasil**. Rio de Janeiro: Confef, 2006. p. 174 - 175.

COELHO FILHO, C. A. A. **O discurso sobre o profissional de ginástica em academia no Rio de Janeiro**. Revista Movimento, v. 6, n. 12, 2000/1. Disponível em: <<http://seer.ufgs.br/Movimento/article/view/2496>>. Acessado em: 28 out. 2013.

COHEN, P. R. The skin in the gym: a comprehensive review of the cutaneous manifestations of community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in athletes. **Clinics in dermatology**, v. 26. n. 1, p. 16-26, 2008.

COLBERG, S. R. et al. Exercise and type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 33, n. 12, p. 147-167, dez. 2010.

COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL. **Cloro**. Jan./2012. Disponível em: <<http://www.cetesb.sp.gov.br/userfiles/file/laboratorios/fit/cloro.pdf>>. Acessado em: 18 dez. 2013.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Secretarias municipais**. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/inst_sec_municipais.html>. Acessado em: 07 fev. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Lei nº 9.696, de 02 de Setembro de 1998. **Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física**. Rio de Janeiro, RJ, set., 1998.

_____. Resolução nº 134, de 05 de março de 2007. **Dispõe sobre a função de Responsabilidade Técnica nos estabelecimentos prestadores de serviços no campo das atividades físicas e esportivas, e dá outras providências**. Rio de Janeiro, RJ, março, 2007.

_____. Resolução nº 206, de 13 de dezembro de 2010. **Dispõe sobre o Estatuto do Conselho Federal de Educação Física - CONFEF**. Rio de Janeiro, RJ, dez.,2010.

_____. Resolução nº 52, de 10 de dezembro de 2002. **Dispõe sobre Normas Básicas Complementares para fiscalização e funcionamento de Pessoas Jurídicas prestadoras de serviços na área da atividade física, desportiva, e similares**. Rio de Janeiro, dez., 2002.

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA/RJ-ES (CREF-1). **Operação Praia Legal**. 2014. Disponível em: <http://www.cref1.org.br/acoes_fiscalizacao.php?id=567> Acessado em: 08 março. 2014.

COSTA, E. A. Conceitos e áreas de abrangência. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 41-48.

_____. Fundamentos da vigilância sanitária. In:_____. **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 11-36.

_____. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 357-387.

DE SETA, M.H.; REIS, L.G.C. As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V., MENDES JUNIOR, W.V., organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 219-262.

DOMINGUEZ, B. Academia da saúde pública. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 109, p. 12-13, set., 2011.

EDUARDO, M. B. P.; MIRANDA, I. C. S. de. **Vigilância sanitária: Saúde & Cidadania**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 8.

GONÇALVES, A. S. **Poder de polícia e polícia sanitária**. 2009. Disponível em: <http://www.anffasindical.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=536:pod-er-de-policia-e-policia-sanitaria&catid=36:artigos&Itemid=62>. Acessado em: 07 nov. 2011.

IBGE. 2010. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=33>. Acessado em: 19 jul. 2011.

IBGE. **Estimativas de população para 1º de julho de 2013**. 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_tcu.shtm>. Acessado em: 16 out. 2013.

INTERNATIONAL HEALTH, RACQUET & SPORTSCLUB ASSOCIATION. **14th IHRSA Fitness Brasil a Great Success**. São Paulo, 2013. Disponível em:

<<http://www.ihrsa.org/media-center/2013/9/19/14th-ihrsa-fitness-brasil-a-great-success.html>>. Acesso em: 25 set. 2013.

LEITE, H. J. D.; NAVARRO, M. V. T. Risco potencial: um conceito de risco operativo para vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 61-82.

LIMA, L. C. W.; REIS, L. G. C. **Levantamento da situação dos serviços de vigilância sanitária no País** (Relatório final). Anvisa, Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/paf/levanta_vig_pais/material/2_etapa.htm>. Acessado em: 19 set. 2012.

LOPES, C. D; LOPES, F. F. P. **Do risco à qualidade: a vigilância sanitária nos serviços de saúde**. Brasília, DF: Ed. Anvisa, 2008.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. Brasília: Ed. Anvisa, 2008.

MALTA, D. C. et al. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 7-16, jan./mar., 2009a.

MALTA, D. C. et al. A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79-86, jan./mar., 2009b.

MARCON, C. R.; ZANNIN, P. H. T. Avaliação do ruído gerado por academias de ginástica. **Revista Engenharia e Construção**, Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/166983200/Ruido-Em-Academias-de-Ginastica-ZN>>. Acessado em: 15 ago. 2013.

MARKLEY J. D. et al. Are gym surfaces reservoirs for *Staphylococcus aureus*? A point prevalence survey. **American Journal of Infection Control**. v. 40, n. 10, p. 1008-1009, 2012.

MATOS, A. P. Perigo: uma bomba chamada anabolizante. **Pharmacia Brasileira**, jan./fev., 2010. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/057a060_anabolizantes.pdf>. Acessado em: 26 out. 2013.

MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T.L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 8, n. 4, p. 21-32, set., 2000.

MEINICKE. Thaís. Esportes ao ar livre. **Veja Rio**. Rio de Janeiro: Ed. Abril, 30 out. 2013. Disponível em: <<http://vejario.abril.com.br/especial/esportes-ao-ar-livre-rio-rj->

758832.shtml?fb_action_ids=692543504097479&fb_action_types=og.likes&fb_source=other_multiline&action_object_map=%5B465053580280180%5D&action_type_map=%5B%22og.likes%22%5D&action_ref_map=%5B%5D>. Acessado em: 08 mar. 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.); GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed., Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed., São Paulo: Hucitec, 2008.

NAKAMURA I. et al. Clinical aspects of infection with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* USA300 strain, generally regarded as community-acquired, in Japan. **Japanese Journal of Infectious Diseases**. v. 66, n. 5, p. 416-420, 2013.

NOGUEIRA F. R. S.; SOUZA, A. A.; BRITO, A. F. Prevalência do uso e efeitos de recursos ergogênicos por praticantes de musculação nas academias brasileiras: uma revisão sistematizada. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 18, n 1, p.16-30, 2013.

OLIVEIRA, G. C.; SILVA, C., C. Nível de ruído nas aulas de ginástica e as queixas auditivas apresentadas pelos professores. **Revista Hórus**. v. 4, n. 2, Out/Dez, 2010. p. 276-283. Disponível em: <<http://www.faes0.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/nivelruid.pdf>>. Acessado em: 12 ago. 2012.

OLIVEIRA, V. M. de. **O que é Educação Física**. São Paulo: Brasiliense. 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. Genebra, 2008.

_____. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Suíça, 2010.

_____. **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010**. 2011.

_____. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. 2004.

_____. **Guidelines for safe recreational water environments - volume 2: swimming pools and similar environments**. 146 p. 2006.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet** (Saúde no Brasil, 1), maio, 2011. p. 11-31. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acessado em: 18 jun. 2011.

PRESGRAVE, R. F; CAMACHO, L. A. B.; VILLAS BOAS, M. H. S. Análise dos dados dos Centros de Controle de Intoxicação do Rio de Janeiro, Brasil, como subsídio às ações de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 401-408, 2009.

Raio X das academias: pesquisa inédita faz mapeamento do mercado e revela dados importantes sobre o setor no Rio de Janeiro. **Revista da ACAD**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 17-24, ago. 2009.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto-Lei nº 214, de 17 de julho de 1975. **Aprova o código de saúde do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, jul., 1975a.

_____. Decreto-Lei nº 247, de 21 de julho de 1975. **Dispõe sobre a segurança contra incêndio e pânico**. Rio de Janeiro, RJ, jul., 1975b.

_____. Procuradoria Geral do Estado. Lei Estadual nº 5.837, de 11 de novembro de 2010. **Dispõe sobre a obrigatoriedade de colocação de dispositivos para interromper o processo de sucção em piscinas e dá outras providências**. Rio de Janeiro, RJ, nov., 2010a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Resolução nº 1.411, de 15 de outubro de 2010. **Delega competências de ações de vigilância sanitária para as secretarias municipais de saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências**. Rio de Janeiro, RJ, out., 2010b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Resolução nº 1.335, de 13 de agosto de 2010. **Aprova os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, ago., 2010c.

_____. Decreto Estadual nº 20.356, de 17 de agosto de 1994. **Regulamenta a Lei nº 1.893, de 20.11.91, que estabelece a obrigatoriedade de limpeza e higienização dos reservatórios de água para fins de manutenção dos padrões de potabilidade**. Rio de Janeiro, RJ, ago., 1994.

_____. Decreto Estadual nº 4.447, de 14 de agosto de 1981. **Normas sobre o controle e a fiscalização de piscina**. Rio de Janeiro, RJ, ago., 1981.

_____. Decreto Estadual nº 6.538, de 17 de fevereiro de 1983. **Aprova o Regulamento sobre Alimentos, Higiene e Fiscalização**. Rio de Janeiro, RJ, fev., 1983.

_____. Decreto nº 1.754, de 14 de março de 1978. **Aprova "Normas Técnicas Especiais" referidas no Decreto-Lei n.º 214, de 17/7/75**. Rio de Janeiro, RJ, março, 1978.

_____. Lei Estadual nº 2.091, de 13 de fevereiro de 1993. **Dispõe sobre as condições e uso de sanitários e dá outras providências**. Rio de Janeiro, RJ, fev., 1993.

_____. Lei Estadual nº 2.835, de 17 de novembro de 1997. **Torna obrigatório o exame médico das pessoas praticantes de esportes e dá outras providências**. Rio de Janeiro, RJ, nov., 1997.

_____. Lei Estadual nº 3.728, de 13 de dezembro de 2001. **Obriga a permanência de salvavidas em piscinas localizadas em clubes e prédios residenciais e dá outras providências**. Rio de Janeiro, RJ, dez., 2001.

_____. Lei Estadual nº 4.192, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre a rotina de manutenção dos equipamentos de ar condicionado.** Rio de Janeiro, RJ, out., 2003.

_____. Lei Estadual nº 4.428, de 21 de outubro de 2004. **Altera a lei nº 3.728 de 13 de dezembro de 2001, na forma que menciona e dá outras providências.** Rio de Janeiro, RJ, out., 2004.

_____. Lei Estadual nº 4.734, de 29 de março de 2006. **Obriga as academias de ginástica, sport center, fitness, clubes esportivos e similares a fixarem avisos sobre uso inadequado de anabolizantes.** Rio de Janeiro, RJ, março, 2006.

_____. Lei nº 4.978, de 08 de janeiro de 2007. **Modifica a lei nº 2.014/92, de 15 de julho de 1992, que dispõe sobre a obrigatoriedade de exames médicos e acompanhamento permanente de profissionais de educação física nos locais que menciona e dá outras providências.** Rio de Janeiro, RJ, fev., 2007.

ROLLA, A. F. L. et al. Análise da percepção de lesões em academias de ginástica de Belo Horizonte: um estudo exploratório. **Revista Brasileira Ciência e Movimento.** v. 12, n. 2, p. 7-12, 2004

ROMÃO, C. M. C. A. Desinfecção e esterilização química. In: TEIXEIRA, P.; VALLE, S. (Org.). **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 175-198.

ROZENFELD, S.; COSTA, E. A. **Constituição da vigilância sanitária no Brasil.** In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000, p. 15-40.

RYAN, K. A. et al. Are gymnasium equipment surfaces a source of staphylococcal infections in the community? **AJIC: American Journal of Infection Control.** v. 39, n. 2, p.148-150, 2011.

SBME. Morte súbita no exercício e no esporte. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte.** v. 11, Supl. 1, ago., 2005.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet (Saúde no Brasil, 4), n. 377, p. 61-74, maio, 2011.**

SEBRAE. **Academia de ginástica – ideias de negócios.** Disponível em: <www.sebrae.com.br>. Acessado em: 07 nov. 2013.

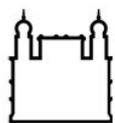
SEBRAE. **Primeiro passo para o planejamento empresarial em academia de ginástica.** Rio de Janeiro, 2010.

SILVA JUNIOR, S. H. et al. A. Perfil de atletas de academia: o uso de anabolizantes e suplementos nos programas de atividade física. **Revista Digital - Buenos Aires - ano 13, n. 119, abr., 2008.** Disponível em:

<http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/artigos/BoletimEF.org_Uso-de-anabolizantes-e-suplementos-nos-programas-de-atividade-fisica.pdf>. Acessado em: 07 nov. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO APLICADO



FIOCRUZ
Fundação
Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária (PPGVS)



INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Formulário nº: _____

Município/UF: _____

Órgão de Vigilância Sanitária (nome oficial – Visa, subsecretaria etc.): _____

Responsável pelo órgão de Vigilância Sanitária: _____

Contatos: *(colocar também a identificação da pessoa ou do setor)*

E-mail 1: _____

E-mail 2: _____

Telefone 1: () _____

Telefone 2: () _____

Endereço (completo): _____

Entrevistado(a): _____

Formação profissional: _____

Cargo na Visa: _____

E-mail: _____

Entrevistador(a): _____

E-mail: _____

SIGLA(S)

Epaf – Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física²⁶.

Visa – Vigilância Sanitária (órgão).

²⁶ De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no Manual de orientações para fiscalização sanitária em estabelecimentos prestadores de atividade física e afins (publicado em 2009), Epaf são “Pessoas jurídicas prestadoras de serviços na área de atividades físicas, desportivas e similares, cujo objeto da sua constituição seja a promoção e o desenvolvimento dessas atividades”. Portanto, alguns exemplos de Epaf são: academias de ginástica, de musculação, de artes marciais, de dança, de natação, entre outros.

Formulário nº:

QUESTIONÁRIO**MÓDULO I: DA EQUIPE**

1) A Visa desse Município é composta por quantos profissionais? R= _____, sendo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administrador(es) | <input type="checkbox"/> Farmacêutico(s) |
| <input type="checkbox"/> Arquiteto(s) | <input type="checkbox"/> Médico(s) |
| <input type="checkbox"/> Biólogo(s) | <input type="checkbox"/> Nutricionista(s) |
| <input type="checkbox"/> Biomédico(s) | <input type="checkbox"/> Profissional(is) de educação física |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro(s) | <input type="checkbox"/> Veterinário(s) |
| <input type="checkbox"/> Engenheiro(s) | <input type="checkbox"/> Fiscal(is) de nível médio |

Outros. Especificar: _____

2) Quantos profissionais dessa Visa atuam na fiscalização sanitária?

R= _____

3) Durante uma inspeção sanitária em Epaf, quantos profissionais costumam formar a equipe que conduz a referida inspeção? R= _____. Quais?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administrador(es) | <input type="checkbox"/> Farmacêutico(s) |
| <input type="checkbox"/> Arquiteto(s) | <input type="checkbox"/> Médico(s) |
| <input type="checkbox"/> Biólogo(s) | <input type="checkbox"/> Nutricionista(s) |
| <input type="checkbox"/> Biomédico(s) | <input type="checkbox"/> Profissional(is) de educação física |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro(s) | <input type="checkbox"/> Veterinário(s) |
| <input type="checkbox"/> Engenheiro(s) | <input type="checkbox"/> Fiscal(is) de nível médio |

Outros. Especificar: _____

4) Os profissionais que realizam a inspeção sanitária em Epaf recebem capacitação para realizar tal ação?

Sim.

Especificar (tipo, periodicidade etc.). _____

A capacitação é específica para Epaf? R= _____

Não. Por quê? R= _____

Formulário nº:

MÓDULO II: DA LEGISLAÇÃO MUNICIPAL

5) O Município possui um Código Sanitário?

() Sim. Qual? (*Solicitar uma cópia*) R= _____

() Não. Qual(is) norma(s) legal(is) é (são) aplicada(s) para a realização das inspeções sanitárias? R= _____

6) O Município apresenta critérios para a realização da inspeção sanitária em algum tipo de estabelecimento?

() Sim. Quais? R= _____

() Não.

7) O Município apresenta alguma legislação que determine critérios para a realização da inspeção sanitária em Epaf?

() Sim. Qual? (*Solicitar uma cópia*) R= _____

() Não. Por quê? _____

MÓDULO III: DA INSPEÇÃO SANITÁRIA EM EPAF

8) O Município realiza inspeção sanitária em Epaf?

() Sim. Quantos Epaf foram inspecionados no período de janeiro a dezembro de 2012? R= _____

() Não. Por quê? R= _____

9) Nesse Município, quantos Epaf estão regularizados na Visa? R= _____, dentre os quais:

() Academia(s) de ginástica/musculação

() Academia(s) de lutas/artes marciais

() Academia(s) de natação/hidroginástica

() Academia(s) de dança

() Outros. Especificar. _____

Formulário nº:

10) Para a concessão de licença sanitária (licença de funcionamento) para Epaf, o Município realiza visita prévia ao estabelecimento?

() Sim.

() Não. Por quê? R= _____

11) Quais são os critérios exigidos pelo Município para a concessão de licença sanitária?

R= _____

12) Quais são os critérios que motivam a realização da inspeção sanitária em Epaf?

() Denúncia.

() Evento (surtos etc.).

() Programação pré-estabelecida (rotina de trabalho).

() Visita prévia para a concessão da licença sanitária.

() Revalidação da licença sanitária.

() Outros. Especificar: _____

13) Qual(is) legislação(ões) é (são) tomada(s) como base pelo Município para as ações de inspeção sanitária em Epaf? R= _____

14) O Município dispõe de roteiro de inspeção sanitária específico para Epaf?

() Sim. (*Solicitar cópia*)

() Não. Qual(is) instrumento(s) é (são) utilizado(s) durante a inspeção nesse tipo de estabelecimento? (*Solicitar cópia*)

R= _____

15) O(A) Sr(a) conhece o “Manual de Orientações Para Fiscalização Sanitária em Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física e Afins”, proposto pela Anvisa (2009)?

() Sim.

() Não. (Vá para a questão nº 17)

Formulário nº:

16) O Município utiliza o referido Manual (proposto pela Anvisa) como parâmetro durante a inspeção sanitária em Epaf?

() Sim, totalmente.

() Em parte.

() Não. Por quê? R= _____

17) Quais são os eventos (riscos) mais encontrados durante as inspeções sanitárias em Epaf?

R= _____

MÓDULO IV: DOS EQUIPAMENTOS

18) A Visa municipal possui todos os materiais indicados pela Anvisa (2007) para a fiscalização sanitária em Epaf? Dos quais (*marcar somente os que a Visa possui*):

() Pasta com identificação da Visa municipal.

() Prancheta (opcional).

() Caderno ou bloco de anotações.

() Caneta (de tinta azul ou preta).

() Roteiros de inspeção (impressos).

() Autos de intimação (impressos).

() Autos de infração e de coleta (impressos).

() Lacre para interdição.

() Legislação pertinente (impressa).

() Turbidímetro. Quantos? R= _____

() Clorímetro. Quantos? R= _____

() Peagâmetro. Quantos? R= _____

() Frascos estéreis e não estéreis.

() Máquina(s) fotográfica(s). Quantas? R= _____

OBSERVAÇÃO: De acordo com a Anvisa (2007), os materiais citados acima (com exceção às máquinas fotográficas) são **necessários** para a realização da inspeção sanitária em Epaf.

MÓDULO V: DA PERCEPÇÃO DO ENTREVISTADO

19) Qual é a opinião do senhor(a) em relação às ações de vigilância sanitária realizadas pelo Município em Epaf?

Formulário nº:

20) Qual é a percepção do senhor(a) em relação aos Epaf não legalizados?

MÓDULO VI: OUTRAS INFORMAÇÕES

21) Prezado(a), caso deseje acrescentar outras informações que sejam pertinentes ao assunto em questão, fique à vontade para o preenchimento das linhas abaixo.

Entrevistado(a)

Entrevistador(a)

APÊNDICE B: QUADRO DE LEGISLAÇÕES, NORMAS E MANUAIS DIRETA OU INDIRETAMENTE ASSOCIADOS À DESCENTRALIZAÇÃO E ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM EPAF

INSTÂNCIA / ESFERA	ÓRGÃO, CONSELHO OU LOCALIDADE	ATOS LEGISLATIVOS, MANUAIS OU NORMAS	O QUE ESTABELECEM	USADAS EM EPAF*
Federal	CONGRESSO NACIONAL	Lei Federal nº 9.965, de 27 de abril de 2000	Restringe a venda de esteroides ou peptídeos anabolizantes para uso humano e dá outras providências (BRASIL, 2000).	
		Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999	Cria a Anvisa e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (BRASIL, 1999).	
		Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Cria o SUS e estabelece a descentralização das ações de vigilância sanitária, dentre outras providências (BRASIL, 1990).	X
		Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977	Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências (BRASIL, 1977).	X
		Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976	Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências (BRASIL, 1976a). É aplicável a Epaf, visto que todos os produtos utilizados para higienização, antissepsia e desinfecção devem ser registrados e são submetidos a essa Lei.	

MINISTÉRIO DA SAÚDE	Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde e a aprovação das diretrizes operacionais para o referido pacto; Consolida o SUS. De acordo com esta Portaria, é preciso “avançar na regionalização e descentralização do SUS”. (BRASIL, 2006d).	
	Manual de Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde	Específico para serviços de assistência à saúde; aplicável a Epaf, em alguns aspectos como desinfecção de bebedouros. (BRASIL, 1994a).	X
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	Portaria n.º 25, de 29 de dezembro de 1994	Aprova novo texto para a Norma Reguladora n° 09 (Programa de prevenção de riscos ambientais) e dá outras providências. Inclui os cinco tipos de risco: de acidente, físico, químico, biológico e ergonômico (BRASIL, 1994b).	
	Portaria n° 3.214, de 08 de junho de 1978	Aprova as normas regulamentadoras (NR) que consolidam as leis do trabalho, relativas à segurança e medicina do trabalho (BRASIL, 1978).	
	Norma Reguladora n° NR 06	Dispõe sobre equipamento de proteção individual (EPI) (BRASIL, 1978, 2010).	
	Norma Reguladora n° NR 09	Dispõe sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que objetiva preservar a saúde e a integridade dos trabalhadores; inclui a classificação de agentes químicos, físicos e biológicos. (BRASIL, 1978, 1994b).	
	Norma Reguladora n° NR 15	Dispõe sobre atividades insalubres, incluindo a classificação dos ruídos. (BRASIL, 1978, 2011e).	
	Norma Reguladora n° NR 17	Dispõe sobre Ergonomia em ambientes de trabalho (BRASIL, 1978, 2007b).	
	Norma Reguladora n° NR 32	Dispõe sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Inclui a classificação de riscos biológicos (BRASIL, 1978, 1994b, 2011d).	

	ANVISA	Manual de Orientações Para Fiscalização Sanitária em “Epag” (2009)	Embasado em diversas legislações e normas, este Manual fornece orientações específicas para as ações de vigilância sanitária em Epaf (ANVISA, 2009).	X
		Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária (2007)	Fornecer orientação quanto às ações de vigilância sanitária em diversos tipos de estabelecimentos, inclusive em “Academias de ginástica, musculação e condicionamento físico” (Epaf), além da indicação de materiais a serem utilizados durante as respectivas inspeções sanitárias (ANVISA, 2007b).	X
	ABNT	Norma NBR nº 10818 (1989)	Dispõe sobre a qualidade de água de piscina (ABNT, 1989).	
		Norma NBR nº 10339 (1988)	Dispõe sobre o projeto e execução de piscina: sistema de recirculação e tratamento (ABNT, 1988).	
		Norma NBR nº 10152 (1987)	Estabelece os níveis de ruído em diversos ambientes, inclusive em “pavilhões fechados para espetáculos e atividades esportivas”. Nestes locais, os níveis sonoros não devem ultrapassar os 45 dB para o conforto, sendo aceitável até 60 dB (ABNT, 1987a).	
		Norma NBR nº 9818 (1987)	Dispõe sobre os projetos de execução de piscinas: tanque e área circundante (ABNT, 1987b).	
	CONFEEF	Resolução nº 206, de 13 de dezembro de 2010	Dispõe sobre o Estatuto do Confef; reforça a autonomia que o Sistema Confef/Crefes tem para normatizar, orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício das atividades próprias dos profissionais de educação física e dos Epaf (CONFEEF, 2010).	
		Resolução nº 134, de 05 de março de 2007	Dispõe sobre a função de responsabilidade técnica nos estabelecimentos prestadores de serviços no campo das atividades físicas e esportivas (CONFEEF, 2007).	

		Resolução nº 52, de 10 de dezembro de 2002	Dispõe sobre normas básicas complementares para fiscalização e funcionamento de pessoas jurídicas prestadoras de serviço na área da atividade física, desportiva e similares (CONFEEF, 2002).	X
		Lei nº 9.696, de 02 de Setembro de 1998	Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física (CONFEEF, 1998).	
Estadual	RJ (ESTADO)	Lei Estadual nº 5.837, de 11 de novembro de 2010	Inclui: dispositivo que efetue desligamento dos sistemas de sucção das piscinas, devendo estar localizado em ponto de fácil acesso a qualquer pessoa, inclusive a crianças e portadores de deficiência locomotora; sua localização deve estar indicada por placas (RIO DE JANEIRO, 2010a).	X
		Resolução Estadual nº 1.411, de 15 de outubro de 2010	Delega competências de ações de vigilância sanitária para as secretarias municipais de saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências (RIO DE JANEIRO, 2010b).	X
		Lei Estadual nº 4.978, de 08 de janeiro de 2007	Estabelece a exigência do atestado médico aos praticantes de atividades físicas, devendo ser arquivado no Epaf e estar à disposição dos fiscais sanitários durante as ações de vigilância sanitária (RIO DE JANEIRO, 2007).	X
		Lei Estadual nº 4.734, de 29 de março de 2006	Estabelece a fixação, em Epaf, de avisos sobre uso inadequado de anabolizantes (RIO DE JANEIRO, 2006).	X
		Lei Estadual nº 4.428, de 21 de outubro de 2004	Altera a lei nº 3.728/2001 (RIO DE JANEIRO, 2001) e dá outras providências; a alteração está na terminologia: substitui o termo “salva-vidas” por “guardião de piscina” (RIO DE JANEIRO, 2004).	X
		Lei Estadual nº 4.192, de 01 de outubro de 2003	Dispõe sobre a Rotina de manutenção dos equipamentos de ar condicionado (RIO DE JANEIRO, 2003).	X

		Lei Estadual nº 3.728, de 13 de dezembro de 2001	Estabelece a “permanência de guardião de piscinas em piscinas de prédios residenciais, de dimensões superiores a 6m x 6m, em hotéis, clubes sociais e esportivos, e nas academias de esportes e ginástica” (RIO DE JANEIRO, 2001).	X
		Lei Estadual nº 2.835, de 17 de novembro de 1997	Torna obrigatório o exame médico das pessoas praticantes de esportes em clubes, academias ou similares (RIO DE JANEIRO, 1997).	X
		Decreto Estadual nº 20.356, de 17 de agosto de 1994	Inclui a necessidade de certificado de limpeza e desinfecção de reservatórios de água de abastecimento (caixas d’água e cisternas) por firma credenciada pelo INEA ²⁷ e laudo laboratorial comprobatório da potabilidade da água de estabelecimento (RIO DE JANEIRO, 1994).	X
		Lei Estadual nº 2.091, de 13 de fevereiro de 1993	Inclui dispensadores de sabonete líquido e de papel toalha para os lavatórios sanitários (RIO DE JANEIRO, 1993).	X
		Decreto nº 4.447, de 14 de agosto de 1981	Dispõe normas sobre o controle e a fiscalização de piscinas (RIO DE JANEIRO, 1981).	X
		Decreto nº 1.754, de 14 de março de 1978	Aprova as “Normas Técnicas Especiais” referidas no Decreto-Lei nº 214. Cita estabelecimento de ginástica e congêneres; estabelece que o responsável técnico nesses estabelecimentos seja um médico (RIO DE JANEIRO, 1978).	X
		Decreto-Lei nº 214, de 17 de julho de 1975	Aprova o Código de Saúde do Estado Rio de Janeiro. Cita: locais de esporte e recreação (RIO DE JANEIRO, 1975a).	X
		Decreto-Lei nº 247, de 21 de julho de 1975	Dispõe sobre a segurança contra incêndio e pânico. Estabelece a necessidade do laudo de aprovação pelo Corpo de Bombeiros para a liberação de autorização para funcionamento de qualquer tipo de estabelecimento (RIO DE JANEIRO, 1975b).	

Epaf = Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física e Afins; SUS = Sistema Único de Saúde; Anvisa = Agência Nacional de Vigilância Sanitária; ABNT = Associação Brasileira de Normas Técnicas; Confef = Conselho Federal de Educação Física; X = Citadas durante as entrevistas (Tabelas 7 e 8).

²⁷ INEA: Instituto Estadual do Ambiente.

APÊNDICE C: SEÇÕES E RESUMO DO MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA EM ESTABELECIDAMENTOS PRESTADORES DE ATIVIDADE FÍSICA E AFINS, PROPOSTO PELA ANVISA (2009)

SEÇÃO	ASSUNTO	RESUMO / EXIGÊNCIAS
Seção I	Definições	Nesta seção são apresentados os termos e expressões que deverão ser levados em consideração para os efeitos do referido Manual.
Seção II	Assistência e responsabilidade técnica	Dentre outros quesitos, é estabelecido que o responsável técnico de Epaf deve ser um profissional de educação física e que seja feita avaliação física em cada usuário/cliente (Art. 2º ao 7º).
Seção III	Estrutura física das piscinas	Esta é seção do Manual que mais apresenta orientações, dentre as quais algumas são: i) na área de atividade aquática o piso deve ser antiderrapante ou em material similar; ii) o revestimento interno e externo da piscina (azulejos, ladrilhos e outros materiais de revestimento) deve estar livre de trincas, rachaduras e outras deformações que possam colocar em risco a segurança do usuário; iii) os produtos utilizados para tratamento, limpeza e desinfecção da água dos tanques das piscinas devem ser registrados na Anvisa; iv) ausência de <i>Staphylococcus aureus</i> na água (Art. 8º ao 22).
Seção IV	Guardião de piscinas	Se o Epaf tiver alguma piscina com dimensões superiores a 6m x 6m, deverá haver permanência obrigatória de guardião de piscinas no local, devendo este ser habilitado para exercer tal função (Art. 23 e 24).
Seção V	Atestado médico dermatológico	Quando exigidos, caso os exames e o atestado médico dermatológico sejam realizados no próprio local onde a piscina está instalada, o Epaf deve ter licença sanitária para o funcionamento desta prática (Art. 25).
Seção VI	Vestiários	Este local do Epaf deve possuir: i) instalações sanitárias mínimas, com lavatório, chuveiro e mictório; ii) revestimentos de pisos, tetos, paredes e de peças sanitárias em perfeito estado de conservação, isentos de rachaduras, de extremidades quebradas ou de lascas; iii) condições básicas de higiene, estando o local livre de limo, bolor e fungos; iv) área seca para a troca de roupa; entre outros (Art. 26).

Seção VII	Espaço físico, salas para a prática da atividade física e equipamentos	Para esta seção: i) os aparelhos e equipamentos fixos devem possuir o selo do INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia) e estar em perfeito estado de conservação; ii) o material de apoio complementar (anilhas, barras, cordas e outros) deve estar acondicionado em suportes apropriados e/ou compartimentos especialmente reservados à sua guarda, de modo que não dificulte a circulação das pessoas; iii) as salas destinadas às atividades físicas de lutas e/ou artes marciais devem ser totalmente protegidas por revestimento acolchoado à altura mínima de um metro (1m) do piso; iv) a limpeza e desinfecção dos colchonetes, assentos dos equipamentos e/ou das áreas em que exista o contato corporal devem ser constantemente realizadas com álcool a 70% e toalha de papel descartável; entre outros (Art. 27 ao 30).
Seção VIII	Comercialização de produtos	Caso haja a comercialização de alimento, algumas orientações de acordo com o Manual são: i) o Epaf deve estar licenciado pela respectiva autoridade sanitária do seu âmbito de competência, mediante a expedição de alvará ou licença; ii) tal comercialização deve estar descrita no contrato social da empresa; iii) a legislação vigente de Boas Práticas Alimentares deve ser obedecida (Art. 31).
Seção IX	Exposição a ruídos	O tempo e a intensidade da exposição à pressão sonora dos trabalhadores e usuários durante a permanência no Epaf devem respeitar os níveis de pressão sonora descritos pelo Ministério do Trabalho e Emprego (Art. 32).
Seção X	Placas alusivas ao uso de substâncias prejudiciais	Deve haver (obrigatoriamente), em local visível ao público, placas informando sobre o risco do uso inadequado de esteróides anabolizantes e suas consequências malélicas para a saúde humana (Art. 33).
Seção XI	Atestado médico	No ato da matrícula, deve-se exigir do aluno/usuário o atestado médico de aptidão física, que deverá ser arquivado e anotado na ficha do mesmo. Esse atestado deverá ser renovado a cada 12 (doze) meses (Art. 34).
Seção XII	Primeiros socorros e plano de emergência	De acordo com esta seção: i) durante todo o período de funcionamento do Epaf deve haver pelo menos 01 (um) profissional capacitado a prestar o atendimento de primeiro socorros; ii) os números de telefones para assistência emergencial devem ser mantidos afixados claramente em

[Continuação – Apêndice C]

	pré-hospitalar	todos os telefones do estabelecimento; entre outras orientações (Art. 35).
Seção XIII	Material de limpeza e sua utilização	De acordo com Manual da Anvisa, para esta seção o Epaf deve apresentar: i) depósito de material de limpeza; ii) área de serviço com um tanque exclusivo para lavagem de panos e objetos de limpeza de acesso restrito aos funcionários; iii) manual de orientação em casos de intoxicação ou acidentes com materiais de limpeza (exemplo: ficha de segurança para produtos químicos – FISPQ); iv) local próprio, fora do alcance de crianças, para acondicionar os produtos de limpeza e desinfecção utilizados no estabelecimento (Art. 37 ao 39).

APÊNDICE D: RELATO SOBRE ACADEMIAS DE LUTAS/ARTES MARCIAIS E DE DANÇA

Entrevistado:

“A situação em relação às academias de dança e de lutas, que o Sistema Cref/Confef estava querendo fazer com que..., tava querendo abraçar isso e não conseguiu. Ele (Cref) está tramitando na justiça..., parece que já teve até..., que vai ser favorável, mas ainda não foi incluído. Como isso não acontece, nesse tipo de estabelecimento nós não temos como utilizar a Resolução Confef, então fica muito limitada a nossa ação. Porque se a nossa base de legislação está ligada ao Confef, à Resolução Confef, se o estabelecimento não é ligado ao Sistema Cref/Confef, a gente não pode exigir. Então isso gera a seguinte situação: se uma academia tem, ligado à ela, atividades de artes marciais, ele não precisa... a pessoa que está dando aquela atividade de arte marcial não precisa ser um profissional de Educação Física, não precisa. Mas como a Resolução Confef diz que aquela estrutura tem que estar acolchoada, tem que estar com aparatos que impeçam arremesso acidental contra espelhos, vidros, aí nós exigimos dessa academia, isso tudo. Se for uma academia de lutas, especificamente de lutas, a gente não pode exigir. Por quê? Porque eles só têm aquela atividade, pelo Sistema Cref/Confef, eles não são obrigados a serem do Sistema Cref/Confef. Uma academia sim, academia precisa ser registrada, uma academia de ginástica precisa ser registrada no Cref. Se ela oferece atividades de artes marciais, ela está registrada no Cref e a gente tem como usar a Resolução Confef, que prevê essas estruturas. Agora se for uma academia só de lutas, a gente não tem como pedir nada. Só que, isso só vai acontecer depois de aprovada a nossa Lei Municipal, que prevê esse tipo de coisa p’ra todos estabelecimentos. Não, a gente não vai depender da legislação do Confef. Entendeu? Porque isso já tá previsto p’ra qualquer tipo de atividade, seja ela dentro de uma academia ou ligada ao Sistema Cref/Confef. Então tá lá: essa lei é utilizada para academias de ginástica, clubes e estabelecimentos afins, incluindo academias de dança e de lutas. Então isso já tá previsto na proposta de legislação municipal. Esse tipo de estabelecimento – que é só voltado ou p’ra lutas ou p’ra dança –, só vai poder..., a gente vai poder, efetivamente, agir como vigilância sanitária – prevenir os riscos – depois de aprovada a legislação municipal.”

**APÊNDICE E: LEGISLAÇÕES E RESPECTIVAS EXIGÊNCIAS UTILIZADAS POR
UMA VISA MUNICIPAL PARA O CONTROLE SANITÁRIO EM EPAF**

LEGISLAÇÃO:	ASSUNTO / EXIGÊNCIAS
Lei Municipal (2009)	Fixação de dispensadores de álcool em gel nos locais de maior fluxo de pessoas, destinados à higiene das mãos de usuários e funcionários.
Lei Municipal (2008)	Existência de placas indicativas de profundidade para as bordas das piscinas, que devem ser de fácil visualização e em dimensões compatíveis com as mesmas, devendo estar dispostas nos pontos de maior, mediana e menor profundidade da piscina.
Lei Municipal (2008) - É o Código Sanitário do Município	i) O estabelecimento deve apresentar uma declaração contendo nome e função ocupacional, além dos dias e horários dos recursos humanos existentes, assinada pelo responsável técnico; ii) Declaração sobre instalações e equipamentos assinada pelo responsável técnico (também estabelecido no art. 2º da Resolução nº 52/2002, do Confef); iii) Declaração contendo as atividades realizadas pelo Epaf e os nomes dos respectivos responsáveis por cada uma delas, assinada pelo responsável técnico (também estabelecido no art. 6º da Resolução nº 52/2002, do Confef); iv) Certificado de desinsetização e desratização por firma credenciada pelo INEA (antiga FEEMA), apresentando ordem de serviço e nota fiscal.
Lei Estadual nº 4.734, de 29 de março de 2006	Sobre cartazes informativos a respeito dos malefícios gerados pelo uso inadequado de esteroides anabolizantes (RIO DE JANEIRO, 2006).
Lei Estadual nº 4.978, de 08 de janeiro de 2007	O art. 1º estabelece a exigência do atestado médico aos praticantes de atividades físicas, atestado este que tem duração de um ano, devendo ser arquivado no Epaf e estar à disposição dos fiscais sanitários durante as ações de vigilância sanitária (RIO DE JANEIRO, 2007).
Lei Estadual nº 2.091, de 13 de fevereiro de 1993	O art. 2º diz sobre: dispensadores de sabonete líquido e de papel toalha para os lavatórios sanitários (RIO DE JANEIRO, 1993).
Lei Estadual nº 5.837, de 11 de novembro de 2010	O art. 1º - parágrafos 1º e 2º - diz sobre: dispositivo que efetue desligamento dos sistemas de sucção das piscinas, devendo estar localizado em ponto de fácil acesso a qualquer pessoa, inclusive a crianças e portadores de deficiência locomotora; sua localização deve estar indicada por placas (RIO DE JANEIRO, 2010a).

[Continuação – Apêndice E]

Decreto-Lei Estadual nº 247, de 21 de julho de 1975	O art. 2º estabelece: Laudo de aprovação pelo Corpo de Bombeiros; OBS.: Isto é necessário para a liberação de autorização para funcionamento de qualquer tipo de estabelecimento (RIO DE JANEIRO, 1975b).
Lei Estadual nº 4.192, de 01 de outubro de 2003	Rotina de manutenção dos equipamentos de ar condicionado (RIO DE JANEIRO, 2003).
Lei Estadual nº 3.728, de 13 de dezembro de 2001	Certificado de habilitação em ‘guardião de piscina’ em curso específico organizado pelo Cref-1 e chancelado pelo Corpo de Bombeiros do Estado do RJ. OBS.: O guardião de piscina habilitado deve estar presente durante todo o horário de funcionamento do parque aquático (RIO DE JANEIRO, 2001).
Decreto Estadual nº 20.356, de 17 de agosto de 1994	O art. 3º estabelece: certificado de limpeza e desinfecção de reservatórios de água de abastecimento (caixas d’água e cisternas) por firma credenciada pelo INEA ²⁸ ; laudo laboratorial comprobatório da potabilidade da água de estabelecimento (RIO DE JANEIRO, 1994).
Resolução Confef nº 52, de 10 de dezembro de 2002	O Município utiliza os seguintes artigos dessa Resolução (CONFEEF, 2002): art. 2º - Declaração sobre instalações e equipamentos assinada pelo responsável técnico); art. 5º - Certificado de registro de empresas junto ao Cref); art. 6º - Declaração contendo as atividades realizadas pelo Epaf e os nomes dos respectivos responsáveis por cada uma delas, assinada pelo responsável técnico); art. 7º, alínea ‘f’; art. 8º, alíneas ‘a’ e ‘b’; art. 9º, alínea ‘a’; art. 10º, alíneas ‘a’, ‘b’, ‘c’, ‘e’.
Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária	Publicação da Anvisa (2007b) que fornece orientação quanto às ações de vigilância sanitária em diversos tipos de estabelecimentos, inclusive em “Academias de ginástica, musculação e condicionamento físico” (Epaf), além da indicação de materiais a serem utilizados durante as respectivas inspeções sanitárias. O Município em questão exige, em Epaf, a Rotina de limpeza e desinfecção de instalações e equipamentos, mencionados no referido Protocolo (ANVISA, 2007b).

Visa = Órgão de Vigilância Sanitária; Epaf = Estabelecimentos Prestadores de Atividade Física e Afins.

²⁸ INEA: Instituto Estadual do Ambiente.

APÊNDICE F: RELATO SOBRE RISCO SANITÁRIO EM EPAF

Entrevistado:

“É muito comum, em quadras, alambrados mal conservados, né; é... irregularidade no piso da, de área de musculação, aparelhos mal, mal dimensionados, mal arrumados, o que faz com que as pessoas tropecem, né; a não utilização de suporte de halteres e de equipamentos de apoio – eles largam os halteres no meio da, da, da academia, eles vão, tropeçam e batem com a cabeça num ferro daqueles, entendeu? É... equipamentos mal conservados, né – aí se soltar uma roldana, é... partir alguma..., alguma estrutura... Entendeu? Aquilo ali é tudo muito pesado, então o risco de traumatismo é grande. Outra coisa: é... riscos de contaminação por... fungos, né, micoses, né, os estabelecimentos que não fazem... Nós pedimos, uma das coisas que você aí ver ali, é a rotina de higienização, né? E, e... e desinfecção de superfícies, né, eles têm que dizer p’ra gente é... o que eles utilizam p’ra fazer a higienização de estrutura, de equipamentos, de recinto, entendeu? Então, é, a gente precisa saber se a, a utilização, a higienização daquela superfície, onde a pessoa tem contato direto com a pele, se é higienizada por funcionário próprio, se fica a cargo do usuário, de quanto em quanto tempo, a cada uso? Entendeu? Então isso, isso... é risco, também. É... um risco grande que nós temos, por exemplo, é... uma vez a gente foi numa academia de dança e... a... quis... quis... que... assim: esse tipo de estabelecimento, eles são muito refratários, né, à nossa ação, porque eles não sofrem, até pouco tempo não sofriam fiscalização, então eles não entendem porque que a gente tá lá, né? Então, é... os tablados, né, de madeira de tábua corrida. Eles não entendem porque a gente fica lá... Eu fico lá abaixado, a gente, a gente usa uma... a, a luz, é... dá uma quebrada na luz e olha. Se for um piso brilhoso, a gente dá uma olhada assim e vê se tem alguma irregularidade. Aí, uma vez, isso, isso... é, aconteceu numa academia de dança – que até foi licenciada recentemente – que ela (*responsável*) perguntou, e questionou, e ficou brava e tudo... porque que eu tava olhando o... o... o tablado. Eu falei ‘Olha, disso aqui pode sair uma lasca, poder ferir, né, as pessoas que estão dançando aqui, elas têm contato direto, passa uma perna no chão, isso pode acontecer’. Ela, ela... assim... Uma semana depois aconteceu aquele acidente no Paraná, de, de, de... vôlei. Não, futebol de salão! Um cara deu um carrinho, foi dar um carrinho – Você soube? – entrou uma farpa, seccionou a femoral do jogador e ele morreu na quadra, com uma farpa soltada do, do, da quadra. Entendeu? A farpa entrou na perna dele, seccionou a femoral e ele morreu, de hemorragia, na hora. Então,

assim: tem vários riscos, entendeu? Vários... Assim... Mas o que, o que eu acho... assim... o que me vem à cabeça com mais, mais... clareza é justamente o risco de traumatismo, riscos é... inerentes à atividade do profissional, né, profissionais que... é... não são formados. A gente, a gente recebe, assim, questionamentos também: ‘Ah, vocês não são do Cref, por que vocês estão exigindo que eu tenha um responsável técnico? Por que vocês estão exigindo a..., a minha... a... o meu registro no Conselho?’. A gente... Por que a vigilância sanitária? A vigilância sanitária é um conjunto de ações que visa prevenir e minimizar riscos à saúde do consumidor. Então, se... a gente, a gente entende que p’ra aquela atividade é necessário ter um profissional formado, é, preparado p’ra aquilo, se ele não tiver, a gente entende que aquele usuário está submetido a risco. Então... é exigido por nós, né? P’ra que o estabelecimento seja licenciado, é claro, né, os ligados ao Cref/Confef, nós exigimos um responsável técnico, nós exigimos os, as carteiras de, de... profissionais, as anuidades têm que estar pagas, fazendo com eles estejam submetidos ao clive do Conselho. Então a atividade profissional, a gente entende que se ele estiver regularizado, é uma maneira de garantir a saúde do usuário. Entendeu? Então, um risco a que eles (*usuários*) estão sujeitos é justamente isso: a falta do profissional habilitado. Aí eu tenho lá, e... falta é, é, é... Atividade aeróbica que não é supervisionada, né? O cara vai lá, quer emagrecer (*risadas*), aí daqui a pouco... O ano passado nós tivemos uma morte, aqui numa academia; ano retrasado, nós tivemos outra. (...) Numa academia aqui no Centro... Foi um cara que estava fazendo esteira e morreu de, de, de, de infarto (*isto em 2011*). O outro, o ano passado (*2012*) também foi infarto, também numa esteira, eu não me lembro qual (*academia*) foi. A do ano retrasado eu me lembro porque era uma academia problemática, né (*risadas*). E embora estivesse licenciada, né, mas é problemática, o dono dela é um médico, então o que acontecia: ele atestava. Nós exigimos o atestado médico. Nessa academia, o médico, o médico... O dono da academia é médico. Ele me apresentou um atestado, ou seja, eu não posso questioná-lo. Eu, quem sou eu p’ra contestar um profissional que tem o Conselho dele? Então ele tá..., ele, ele, ele pega uma..., ele pega todos os alunos, lista e fala assim: ‘todos estão aptos a praticar atividade física’ e carimba, ele é médico. Então eu não posso fazer nada. Entendeu? O conselho dele é que deveria fazer. Entendeu? Mas, já não existe mais essa academia. Que eu saiba, ela foi vendida. Eu só ainda não fui lá verificar, tá? Mas eu fiquei sabendo há umas duas semanas atrás que essa academia tinha sido vendida, que não tá mais com ele (*ex-proprietário, médico*), mas a gente precisa verificar. Entendeu?”