

**ILUSTRÍSSIMO(A) SENHOR(A) BRENDA LOYANE SILVA DO PREGÃO
ELETRÔNICO Nº 058/2018 DA PREFEITURA DE APARECIDA DE GOIÂNIA**

Município de Alexânia

**Assunto: Contra Razão em resposta ao Recurso apresentado pela
empresa Nutri Qualy**

Pregão Presencial: Nº 058/2018

Processo: Nº 3576/2018

Referente aos itens 81 e 82

Á empresa **IBEX COMERCIAL DE ALIMENTOS LTDA – ME**,
CNPJ: 29.511.026/0001-86, com sede em SAAN, Quadra 03 Lotes 750/760,
Zona Industrial, Brasília/DF, CEP: 70.632-320, por seu representante legal,
vem, respeitosamente a presença de Vossa Senhoria, com fundamento no
artigo 41, §1º, da Lei Federal nº 8.666, de 21.06.1993, no artigo 19 do Decreto
Federal nº 5.450/2005, bem como no item 09 do Edital do Pregão Eletrônico
em epígrafe, apresentar **CONTRA RAZÃO EM REPOSTA AO RECURSO
ADMINISTRATIVO APRESENTADO PELA EMPRESA NUTRY QUALY**
contra decisão que classifica no certame acima referido, pelos motivos que
passa a expor.

1. SÍNTESE DOS FATOS

O Pregão Presencial Nº 058/2018 tem por objeto a aquisição de
**futuras de materiais médico-hospitalares, destinados ao atendimento
das Unidades de Saúde: Centro de Saúde JK, SAMU, SAD e Hospital**



Municipal de Alexânia, a fim de atender as demandas do **Município de Alexânia**.

Realizada a fase de lances, a Recorrente foi classificada em primeiro lugar para os itens 81 e 82 do Termo de Referência.

Contudo, a empresa **Nutri Quali Comercial LTDA – ME** recorreu contra a decisão da comissão, conforme se demonstrará a seguir.

2. DO ESCLARECIMENTO CONTRA RECURSO

Conforme descrito no Termo de Referência o “item 81- Alimento em pó para nutrição enteral e/ou oral, à base de proteína isolada de soja, rico em isoflavonas, composto por fibra solúveis e insolúveis e hipossódico, isento de sacarose e lactose- lata 800gr c/sabor” e para o “item 82- Alimento em pó para nutrição enteral e/ou oral, à base de proteína isolada de soja, rico em isoflavonas, composto por fibra solúveis e insolúveis e hipossódico, isento de sacarose e lactose- lata 800gr sem sabor” em nenhum momento está citada na referência nem tão pouco em outra parte do edital que exija a RDC 21, de 13 de maio de 2015.

A Íbex esclarece quanto ao consumo de sódio:

Recomendações de quantidade diária baseadas em evidências científicas; O sódio, principal componente do fluido extracelular, é obtido através da alimentação e 98% absorvido no intestino delgado, sendo essencial para absorção de nutrientes no decorrer da digestão. Este eletrólito desempenha inúmeras funções importantes no organismo, contribuindo para a manutenção do equilíbrio ácido-básico, absorção de nutrientes e é essencial para a contração muscular e transmissão nervosa¹. A relação entre o consumo de sódio e a saúde já vem sendo estudada há muito tempo. A ciência já tem algumas certezas, como: o consumo de sódio está relacionado com o aumento da pressão arterial (PA)^{2,3}; o alto consumo de sódio aumenta o risco de doenças cardiovasculares como hipertensão e infarto^{4,5}.



Já é estabelecido que a abordagem terapêutica da hipertensão arterial sistêmica inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgão salvo, prevenir DCV e doenças renais². Desta forma considera-se essencial a definição da quantidade ideal de consumo diário de sódio por indivíduos saudáveis e hipertensos.

O estudo PREvention com Dieta MEDiterrânea (PREDIMED)⁸ incluiu 3982 indivíduos com alto risco de doença cardiovascular e seguiu os indivíduos por 4,8 anos em média. A avaliação do consumo de sódio foi realizada com aplicação de questionário de frequência alimentar em 1 e 3 anos. O consumo foi categorizado em baixo, intermediário, alto e muito alto consumo. Neste período foram registrados 125 casos de DCV e 131 mortes. Autores observaram que a ingestão de sódio <2300 mg/d foi associada com menor risco de todas as causas de mortalidade: 48% (HR: 0.52; 95% CI: 0.30, 0.91; P = 0.02) em 1 ano e 49% (HR: 0.51; 95% CI: 0.26, 0.98; P = 0.04) após 3 anos⁸. Os indivíduos que aumentaram o consumo de sódio após 1 ano houve aumento no risco de evento cardiovascular em 72% (HR: 1.72; 95% CI: 1.01, 2.91; P = 0.04). Autores sugerem –baseados nos resultados do estudo– que indivíduos com alto risco de DCV mantenham ingestão de sódio menor de 2300mg/dia.⁸.

Importante meta-análise de estudos prospectivos – conduzida em 2009 – observou consumo médio populacional de 10g de cloreto de sódio por dia (ou maior, de acordo com a população estudada)⁴. Os resultados do estudo estimaram que redução do consumo diário em 5g de cloreto de sódio seria suficiente para reduzir 23% taxa de infartos e 17% mortalidade total por doenças cardiovasculares.⁴

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) recomendam restringir o consumo diário de sódio para 2,0 g, ou seja, 5 g de cloreto de sódio. Com esta restrição espera-se redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD².



A recomendação da sociedade europeia de cardiologia para tratamento de hipertensão orienta que consumo de sal seja reduzido para aproximadamente 5g/dia¹¹. Autores afirmam que a ingestão atual é de 9 a 11g/dia e com a restrição proposta consegue-se redução de 1-2mmHg em normotensos e 4-5mmHg em hipertensos¹¹.

Em 2017 foi publicado no site da OMS, no portal: e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA) **1 a recomendação expressa de redução do consumo diário de sal. A meta é ingestão <2g de sódio por dia, que representa 5g de cloreto de sódio.**¹ Esta recomendação é categoria 1 para o programa e significa que já tem suporte científico e já foi aprovada em reuniões de assembleia da Organização Mundial da Saúde.

Da mesma forma que o consumo excessivo de sódio traz consequências à saúde, a restrição severa também, conforme demonstram vários estudos, tendo em vista as funções do sódio no organismo.

Segundo a IOM (2013), não há recomendações consistentes para redução excessiva de sódio para 1,5g/dia (adultos de 19 a 50 anos)¹⁴ e, na vigência de desbalanço do volume de sódio no organismo podem ocorrer danos nos tecidos vasculares, coração e rins¹⁵.

Em indivíduos hipertensos, a restrição de sódio severa, de 230 a 460 mg por dia, por uma semana, induziu ao aumento da insulinemia e das concentrações de lipídeos plasmáticos¹⁶, ¹⁷, ¹⁸. A hiperlipemia decorrente da restrição salina poderia contribuir para o desenvolvimento da lesão aterosclerótica no território coronariano ¹⁹.

Conforme resultados do estudo, a menor excreção de sódio, ou seja, consumo menor do que 2 gramas de sódio ao dia, foi associada com o aumento do risco de morte cardiovascular (8.6%; HR,

¹ e-LENA é conduzido pelo Departamento de Nutrição da Organização Mundial da Saúde com intuito de nortear intervenções nutricionais.



1.19; 95% CI, 1.02-1.39 para 2-2.99 g/dia; 10.6%; HR, 1.37; 95% CI, 1.09-1.73 para 2 g/dia) e hospitalização por insuficiência cardíaca congestiva (5.2%; HR, 1.23; 95% CI, 1.01-1.49 para 2-2.99 g/dia)²⁰.

Em uma meta-análise, foi observado o aumento do risco de mortalidade nos pacientes com histórico de insuficiência cardíaca congestiva que realizaram restrição de sódio (1,8mg/dia) comparado com uma ingesta de sódio normal (2,8 mg/dia)²¹. Isso provavelmente ocorre devido a ingesta normal de sódio manter o volume adequado do sangue arterial, o que inibe a ativação neuro-hormonal e, com isso, melhora as alterações renais e hormonais nesses pacientes²².

O resultado de outra meta-análise demonstrou que, quando comparado a uma ingestão usual de sódio (2,645 a 4,945 mg/dia), a dieta com baixo consumo de sódio está associada com o aumento de risco de mortalidade e de doença cardiovascular na população saudável²³. Além disso, uma ingesta de sódio entre 3g a 6g por dia foi associada com um menor risco de morte e eventos cardiovasculares quando comparada à um consumo menor do que 3g de sódio por dia ²⁴.

Com relação a dieta enteral devemos lembrar que o objetivo da Terapia Nutricional Enteral (TNE) é suprir as necessidades de macro e de micronutrientes de um indivíduo e que ela pode ser utilizada como alimentação exclusiva. Pode-se concluir, portanto, que não há necessidade de uma restrição severa na ingesta de sódio pois não são benéficas à saúde, conforme demonstrado em estudos.

Com isso, a ingesta de sódio usual (dentro da faixa de normalidade), atentando-se ao fato de oferecer uma quantidade mínima necessária, além de prevenir a hiponatremia (baixa quantidade de sódio no sangue), também contribuirá para a promoção de um balanço positivo de sódio, mantendo o equilíbrio ácido-básico importante para o organismo.

Referências:

1. Bazanelli, A.P; Cuppari, L. Funções Plenamento Reconhecidas de Nutrientes. Sódio. ILSI. International Life Sciences Institute. 2009.
2. Malachias M, Souza W, Plavnik F, et al. 7a Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3). doi:10.5935/abc.20160151.
3. Intersalt. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood. *Bmj.* 1988;297:319-328. doi:10.1136/bmj.297.6644.319.
4. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala N-B, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *Bmj.* 2009;339(nov24 1):b4567-b4567. doi:10.1136/bmj.b4567.
5. Stamler J, Chan Q, Daviglus ML, et al. *Relation of Dietary Sodium (Salt) to Blood Pressure and Its Possible Modulation by Other Dietary Factors Novelty and Significance.* Vol 71.; 2018. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09928.
6. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. *N Engl J Med.* 2001;344(1):3-10. doi:10.1056/NEJM200101043440101.
7. Juraschek SP, Miller ER, Weaver CM, Appel LJ. Effects of Sodium Reduction and the DASH Diet in Relation to Baseline Blood Pressure. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(23):2841-2848. doi:10.1016/j.jacc.2017.10.011.
8. Merino J, Guasch-Ferre M, Martinez-Gonzalez M, et al. Is complying with the recommendations of sodium intake beneficial for health? Evidence from the predimed study. *Atherosclerosis.* 2014;235(2):e23. doi:10.3945/ajcn.114.096750. Increased.
9. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. Effects of low sodium diet Versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. *Cochrane Database Syst Rev.* April 2017. doi: 1002/14651858.CD004022.pub4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA



Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults.; 2017.
doi:10.1161/HYP.000000000000065.

11. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2013;34(28):2159-2219. doi:10.1093/eurheartj/eh151.
12. IOM. Dietary Reference Intakes. *Nutr Rev.* 2009;55(9):319-326. doi:10.1111/j.1753-4887.1997.tb01621.x.
13. IOM (Institute of Medicine), 2013. Sodium intake in populations: Assessment of evidence. 224 pp.
14. Abreu, F et al. Hiponatremia: abordagem clínica e terapêutica. *Medicina Interna.* Vol 8. N. 1, 2001.
15. Bigazzi R, Bianchi S, Baldari G, Campese VM. Clustering of cardiovascular risk factors in salt-sensitive patients with essential hypertension: role of insulin. *Am J Hypertens* 1996;9(1): 24-32.
16. Egan BM, Stepniakowski KT. Adverse effects of short-term, very-low-salt diets in subjects with risk-factor clustering. *Am J Clin Nutr* 1997; 65:71s-7s
17. McArdle W. et al. *Fisiologia do Exercício Energia, Nutrição e Desempenho Humano.* 4ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara, 1998
18. Cantanozi S, Rocha JC, Passarelli M, Guzzo ML, Alves C, Furu kawa LN, Nunes. VS,
19. Nakandakare ER, Heumann JC, Quintao EC. Dietary sodium chloride restriction enhances aortic wall lipid storage and raises plasma lipid concentration in LDL receptor knockout mice. *J Lipid Res* 2003; 44(4):727-32.
20. O'Donnell MJ, et al. Urinary sodium and potassium excretion and risk of cardiovascular events. *JAMA.* 2011;306(20):2229-38.
21. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.*

2011;7(7)

22. Paterna S, Gaspare P, Fasullo S, Sarullo FM, Di Pasquale P. Normal-sodium diet compared with low-sodium diet in compensated congestive heart failure: is sodium an old enemy or a new friend? *Clin Sci* 2008; 114:221–230.
23. Graudal N, Jurgens G, Baslund B, Alderman MH. Compared with usual sodium intake, low and excessive-sodium diets are associated with increased mortality: a meta-analysis. *Am J Hypertens* 2014 April 26 (Epub ahead of print).
24. O'Donnell M, et al. Urinary sodium and potassium excretion, mortality, and cardiovascular events. *N Engl J Med*. 2014;371(7):612-23

3. CONCLUSÃO

Ante o exposto, solicitamos que seja desconsiderado o Recurso apresentado pela empresa **Nutri Quali Comercial LTDA – ME**, e adjudicando a empresa **IBEX COMERCIAL DE ALIMENTOS LTDA – ME** vencedora dos itens 81 e 82 do Termo de Referência do Edital do Pregão Presencial N° 058/2018, em razão do menor preço apresentado.

Eis os termos em que aguarda deferimento.

Brasília, 27 de agosto de 2018



Tatiana de Araújo Pontes Araújo
RG: 917766 SSP/DF
Telefone: 61-3365-1028

INSCRIÇÃO NO CNPJ
29.511.026/0001-86
IBEX
COMERCIAL DE ALIMENTO LTDA
SAAN QUADRA 03 N° 760 - PARTE "A"
CEP: 74210-260 - BRASÍLIA-DF
CF/DF: 07.845.970/001-02