

■ ■ MITO vs. EVIDÊNCIA

# O SEGREDO ARROZ *do* VERMELHO

*A estatina natural que a indústria não te conta.  
Monacolina K, CoQ10 obrigatório, protocolo de 30 dias.*



## MANIFESTO DA COLETÂNEA

**O que toda página deste livro pressupõe**

Leia uma vez. Releia sempre que se assustar com um número.

**Toda célula do seu corpo produz colesterol** — exceto a hemácia madura. Sem colesterol não existe membrana, hormônio, vitamina D, ácido biliar, sinapse ou mielina. **Sem colesterol não existe vida.** Por isso ele *não é o vilão*: ele é matéria-prima da existência.

Mas **tudo em excesso adocece, inclusive o colesterol.** O problema não é a molécula — é a quantidade circulante errada, pelo tempo errado, na pessoa errada. O **recém-nascido** tem LDL  $\approx$  30 mg/dL e nenhuma placa. Existem famílias inteiras que nascem com colesterol total de 30 mg/dL (hipobetalipoproteinemia heterozigótica) e **passam dos 90 anos sem uma única placa.** Olhe para a natureza: **quem nasce com pouco vive muito; quem nasce com muito tende a viver menos.**

Tende — não obriga. **Há quem nasça com colesterol alto e morra de outra coisa:** câncer, Alzheimer, infecção, acidente. São pessoas com **genes de artéria muito boa**, que toleram décadas de LDL elevado sem formar placa. Vários dos genes hoje estudados em **longevidade** (APOE, PCSK9, ANGPTL3, CETP, LPA) atravessam o metabolismo do colesterol — não é coincidência, é arquitetura biológica.

Por isso, **o peso da história familiar é enorme** — sobretudo quando há eventos **precoces** (infarto, AVC, morte súbita antes dos 55 anos no homem ou 65 na mulher). É o sinal mais barato e mais ignorado da medicina preventiva.

**Epigenética** existe — mas como *programa* ela atua principalmente até os 20 anos. Depois disso, ela **modula e mantém.** Ou seja: você não vai reprogramar seu DNA aos 50, mas você ainda controla **inflamação, ferritina, paz no coração, movimento, sono, alimento e suplemento** — e isso muda a expressão dos seus genes todos os dias.

**O alvo, então, nunca é só o número no exame.** É a soma de: (1) **quanto** colesterol circula, (2) **por quanto tempo** ele circulou alto, (3) **com quanta inflamação** (PCRus, ferritina), (4) **com qual genética de artéria**, (5) e **com quanta paz** no coração. É essa soma que decide se o LDL vira placa ou só passa.

CAPÍTULO 1

## A polêmica: existe estatina natural?

Sim — e é a primeira que foi descoberta.



A **lovastatina**, primeira estatina aprovada pela FDA em 1987, foi isolada do fungo **Aspergillus terreus**. Mas o mesmo princípio ativo já existia **milênios antes** no **arroz vermelho fermentado** (Hong Qu) — usado na medicina tradicional chinesa desde a Dinastia Tang (séc. VII).

O fungo **Monascus purpureus** fermenta o arroz branco e produz, entre outros metabólitos, a **Monacolina K** — molécula **quimicamente idêntica** à lovastatina sintética. Não é uma planta com efeito 'leve' ou 'suave': é a **mesma molécula**, na **mesma dose terapêutica**, atuando na **mesma enzima**.

### Por que é polêmico

- » É **nutracêutico** em vários países — vendido sem prescrição.
- » Tem **potência clínica real** (LDL ↓ 20-30% em 8-12 sem).
- » Tem **os mesmos riscos** da estatina química (mialgia, depleção de CoQ10).
- » Indústria farmacêutica **preferiria** que ele não existisse.

*"O fungo descobriu antes do químico — e ninguém patenteou o fungo."*

## CAPÍTULO 2

# Como funciona — bioquímica em uma página

Inibidor da HMG-CoA redutase. Ponto.



Toda célula do corpo fabrica colesterol pela via do **mevalonato**. O passo limitante dessa via é a enzima **HMG-CoA redutase**, no fígado. Quanto mais ativa essa enzima, mais colesterol o fígado produz — e mais LDL circula no sangue.

A **Monacolina K** se encaixa no sítio ativo da HMG-CoA redutase como uma chave numa fechadura, **bloqueando-a**. Resultado: o fígado fabrica menos colesterol e compensa  **aumentando os receptores LDL** na membrana hepática — esses receptores capturam mais LDL do sangue. **O LDL plasmático cai.**

## Efeito clínico esperado

- » **LDL ↓ 20-30%** em 8-12 semanas com 3 mg/dia de Monacolina K.
- » **Triglicerídeos ↓ 10-15%** (efeito menor mas presente).
- » **HDL ↑ 5-10%** (efeito modesto).
- » **PCRus ↓** (efeito anti-inflamatório das estatinas).

Esses números são **comparáveis a uma estatina química de baixa potência** (simvastatina 20 mg ou pravastatina 40 mg). **Não é placebo, não é fé — é farmacologia.**

CAPÍTULO 3

## A dose que funciona — e a dose que engana

*Sem Monacolina K dosada, é só arroz colorido.*



O grande problema do mercado de arroz vermelho é a **variabilidade brutal** da dose de Monacolina K entre marcas. Um estudo da *Annals of Internal Medicine* (2017) analisou 28 produtos comerciais nos EUA: **variação de 0,09 mg a 10,9 mg** de Monacolina K por dose — uma diferença de **120 vezes**.

### O que comprar

- » Extrato **padronizado** com **Monacolina K declarada no rótulo**.
- » **Dose de 1.200-2.400 mg** de extrato com **≥ 3 mg de Monacolina K total/dia**.
- » **Certificação de pureza** (sem citrinina — micotoxina nefrotóxica).
- » Marcas com **laudo de 3ª parte** (USP, NSF, Consumer Lab).

### O que evitar

- » 'Arroz vermelho' sem dosagem de Monacolina K declarada.
- » Cápsulas de 500 mg sem indicação do princípio ativo.
- » Suplementos de internet sem laudo independente.
- » Produtos com promessas de 'colesterol em 7 dias'.

Na União Europeia, desde 2022, produtos com **≥ 3 mg de Monacolina K/dia** exigem **aviso médico obrigatório** no rótulo — reconhecimento explícito de que **essa é uma dose farmacológica, não nutricional**.

CAPÍTULO 4

## CoQ10 obrigatório — não é opcional

*A regra que separa amador de protocolo sério.*



Toda inibição da HMG-CoA redutase — química OU natural — **também depleta CoQ10** (coenzima Q10), porque a CoQ10 é fabricada na **mesma via do mevalonato**. Resultado: **fadiga, mialgia, fraqueza muscular**. A solução é trivial: **repor CoQ10**.

### Protocolo de reposição

- » **100 mg/dia de Ubiquinol** (forma reduzida, melhor absorção).
- » Tomar com **refeição contendo gordura** (lipossolúvel).
- » **Iniciar simultaneamente** à Monacolina — não esperar sintoma.
- » Manter **enquanto durar** a Monacolina/estatina.

### Quem precisa de dose maior

- » Idosos > 65 anos: **200 mg/dia**.
- » Atletas ou alta carga de treino: **200-300 mg/dia**.
- » Insuficiência cardíaca associada: **300 mg/dia** (efeito independente).

**Monacolina sem CoQ10 é meio protocolo.** Quem ignora essa regra perde paciente por mialgia em 2-3 meses e atribui ao 'efeito da estatina natural' — quando, na verdade, foi **negligência protocolar**.

CAPÍTULO 5

## Citrinina — a micotoxina que ninguém menciona

*O risco escondido na fermentação mal-controlada.*



O fungo **Monascus purpureus**, em condições inadequadas de fermentação, pode produzir **citrinina** — uma micotoxina **nefrotóxica e potencialmente carcinogênica**. Produtos artesanais ou de fabricantes sem controle de qualidade podem ter níveis perigosos.

### Limites de segurança (EFSA, 2012)

- »  $\leq 100 \mu\text{g}$  de citrinina por kg de produto.
- » Equivalente a  $\leq 0,2 \mu\text{g}/\text{dia}$  em dose terapêutica de Monacolina.
- » Acima disso: **risco renal documentado** em estudos animais.

### Como se proteger

- » Comprar marcas com **certificação de pureza** (USP, NSF, FDA-grade).
- » Exigir laudo de citrinina no **certificado de análise (COA)**.
- » **Evitar** arroz vermelho a granel ou marcas sem rastreabilidade.
- » Em uso prolongado, monitorar **creatinina e ureia a cada 6 meses**.

A boa notícia: as **melhores marcas internacionais** têm citrinina **indetectável**. **Compre qualidade ou não compre.**

CAPÍTULO 6

## Protocolo PIN de 30 dias — Monacolina K

Como começar com segurança e mensurar resultado.



### Dia 0 — Linha de base obrigatória

- » Lipidograma + **ApoB + Lp(a) + PCRus + TGO/TGP + CK + creatinina.**
- » Glicemia, HbA1c, função hepática, função renal.
- » Pressão, peso, circunferência abdominal.

### Semana 1-2 — Adaptação

- » **Monacolina K 1,5 mg/dia** (meia dose) à noite após o jantar.
- » **CoQ10 100 mg** com café da manhã.
- » Observar sintomas musculares (mialgia, fadiga).

### Semana 3-4 — Dose plena

- » **Monacolina K 3 mg/dia** à noite.
- » **CoQ10 100 mg** mantido.
- » Adicionar psyllium 10 g/dia (potencializa).

### Dia 30 — Reavaliação

- » Repetir lipidograma + ApoB + CK + TGO/TGP.
- » Esperado: **LDL ↓ 10-15%** em 30 dias (resposta inicial).
- » Resposta plena: **8-12 semanas** de uso contínuo.
- » Se LDL caiu < 5%: investigar absorção, adesão ou dose insuficiente.

CAPÍTULO 7

## Quem NÃO deve usar arroz vermelho

*A lista que toda farmácia deveria entregar com a embalagem.*



### Contraindicações absolutas

- » **Gestação e amamentação** (igual estatina química).
- » **Doença hepática ativa** ou TGO/TGP > 3x limite superior.
- » **Insuficiência renal estágio  $\geq 4$**  (clearance < 30).
- » **História de rabdomiólise** com estatinas.
- » **Idade < 18 anos** (sem evidência de segurança).

### Interações perigosas

- » **Estatina química** (efeito aditivo, mialgia/rabdomiólise).
- » **Ciclosporina, tacrolimo** (transplantados).
- » **Antifúngicos azólicos** (cetoconazol, itraconazol).
- » **Macrolídeos** (claritromicina, eritromicina).
- » **Gemfibrozila** (risco de rabdomiólise).
- » **Suco de toranja (grapefruit)** em quantidade — inibe CYP3A4.

**Sempre informar todos os médicos** sobre o uso de Monacolina. Ela **É** uma estatina — só com nome botânico.

ENCERRAMENTO

## A natureza não compete com o laboratório — ela o precedeu

Use o arroz vermelho com a mesma seriedade de uma prescrição.



O **arroz vermelho fermentado** não é um chá calmante, não é uma especiaria, não é um 'suplemento natural inocente'. É um **medicamento botânico potente**, com indicações, contraindicações, dose terapêutica e efeitos adversos — exatamente como qualquer estatina sintética.

A diferença é que ele veio antes — e que, bem manejado, entrega **20-30% de redução de LDL com perfil de tolerância superior**, sem patente, sem marketing milionário e sem o estigma da estatina química. Para o paciente certo, no contexto certo, com a marca certa e o CoQ10 obrigatório, **é uma das melhores ferramentas da medicina preventiva atual**.

*“Não existe natural inofensivo. Existe natural respeitado.”*

**Próxima leitura recomendada:** volte ao eBook 02 — **Ponto 62 · O Alvo de LDL** para integrar a Monacolina K dentro da sua estratégia de meta personalizada.

## DR. WALTER PIN

Sobre o autor · Referências · Próximos passos



### Dr. Walter Pin

Cardiologista · Medicina da Longevidade

Médico cardiologista com mais de duas décadas de prática clínica, dedicado à medicina preventiva e à ciência da longevidade. Criador do **Protocolo PIN — Conhecer Você por Inteiro**, método que integra cardiologia, nutrição funcional, epigenética e psicologia comportamental em um plano simples e mensurável. Acredita que viver 100 anos com autonomia é uma *decisão diária*, ao alcance de quem aprende a se conhecer por inteiro.

### Referências científicas

- Braunwald's Heart Disease, 11ª ed. (2019) — Cap. 6 (Aterosclerose) e Cap. 48 (Lipídeos).
- ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias (2019, atualização 2023).
- Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose — SBC, 2017/2024.
- Ference BA et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. EAS Consensus. EHJ 2017.
- Mach F et al. ESC/EAS 2019 Guidelines on Dyslipidaemias. EHJ 2020.
- Ridker PM. CANTOS, JUPITER — inflamação residual e risco cardiovascular.
- Sniderman AD et al. ApoB and discordance with LDL-C. JAMA Cardiol 2019.
- MEGA, JUPITER, IMPROVE-IT, FOURIER, ORION (estudos de redução de LDL).

### Continue: Ponto 62 — O Alvo de LDL

O eBook 02 te ensina a definir sua meta personalizada de LDL — para saber se a Monacolina basta, ou se você p

*"O alvo certo transforma suplemento em remédio."*