

“Um Dia de Cada Vez”

O quotidiano das pessoas que vivem com Diabetes Tipo 1

FÁBIO DANIEL DOS REIS OLIVEIRA

TRABALHO DE PROJETO SUBMETIDO COMO REQUISITO
PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
AUDIOVISUAL E MULTIMÉDIA

Orientador:

Prof. José Cavaleiro Rodrigues

Escola Superior de Comunicação Social

INDÍCE

Introdução	1
1 Documentarismo	3
1.1 Origens do Cinema	3
1.2 Origens do Documentarismo	4
1.3 Definições e Perspetivas de autores	10
1.4 Tipologia de Documentário segundo Bill Nichols	12
1.5 Representação da Saúde no Documentarismo	15
2 Diabetes	16
2.1 Complicações a Longo Prazo	17
2.1.1 Incidências e Prevalências Mundial e Nacional	18
2.2 Diabetes Tipo 1	20
2.2.1 Qualidade de Vida e Gestão da doença da Pessoa com DT1	22
2.2.2 Aspetos dos Tratamentos	24
2.2.3 Hipoglicemias	25
2.2.4 Monitorização da Glicemia	26
2.2.5 Constrangimentos das pessoas com Diabetes	27
3 Projeto	28
3.1 Justificação e Objetivo	28
3.2 Desenvolvimento do Projeto	28
3.3 Público-Alvo	30
3.4 Metodologia	30
3.5 Considerações Finais	31
Referências Bibliográficas	33
Anexos	40
Anexo 1	40
Anexo 2	46

Lista de Siglas:

ADA – American Diabetes Association

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

DT1 – Diabetes Tipo 1

DT2 – Diabetes Tipo 2

QDV – Qualidade de Vida

QDVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

WHO – World Health Organisation

Declaração

Declaro que o trabalho aqui apresentado é original, sendo parte integrante das condições exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Audiovisual e Multimédia na Escola Superior de Comunicação Social do Instituto Politécnico de Lisboa. Este é um trabalho que nunca foi submetido a qualquer outra instituição do ensino superior. Atesto que todas as citações estão correctamente identificadas. Tenho consciência de que a utilização de elementos alheios não identificados constitui uma grave falta de ética e disciplinar.

A handwritten signature in black ink that reads "Fabio Oliveira". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

[Nome do Candidato]

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais pelo apoio incondicional para atingir todos os meus objetivos e por serem sempre um grande pilar na minha vida, incluindo o momento em que fui diagnosticado com Diabetes Tipo 1, que não deixaram nunca me sentir menos encorajado por ter sido diagnosticado com a doença. Agradeço de igual forma ao meu irmão que está sempre presente e que, no fundo, nada seria a mesma coisa sem ele.

Quero também deixar um agradecimento à APDP por ter ajudado no processo de produção deste projeto, ao Dr. João Raposo, e a todas as pessoas que se mostraram disponíveis para participar no mesmo: Alexandra Costa, Ana Rodrigues, Bernardo Pajczer, e Ricardo Oliveira.

Quero de igual forma agradecer ao meu orientador José Cavaleiro Rodrigues que sempre se mostrou disponível na orientação desta tese e do projeto.

Agradeço a todas as pessoas que comigo estão e ajudaram de uma maneira ou de outra, não só para o projeto, mas me apoiaram, incluindo, também, os meus amigos.

RESUMO

Este projeto tem como objeto a elaboração de um documentário essencialmente expositivo, mas também participativo, sobre a Diabetes Tipo 1 e como as pessoas que carregam com a doença lidam com a mesma. O documentário é principalmente dirigido às pessoas com Diabetes e aos recém-diagnosticados, de modo a conseguir estabelecer uma relação entre a realidade documentada e essas mesmas pessoas. O contacto entre pares facilita a aceitação da doença e mostra-nos que existem diversas maneiras de lidar com a Diabetes através de diversos hábitos e cuidados a ter, mostrando-nos que somos capazes de fazer tudo o que queremos, sem limitações. Contudo, o documentário abre uma janela ao que é a doença e, portanto, é também dirigido ao cidadão comum num sentido de educação sobre uma das maiores doenças mundiais, em ascensão, e como se pode fazer a diferença, numa situação de emergência.

Para tal, foi estabelecida uma ligação com a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), a associação de Diabetes mais antiga do mundo, que abraçou e se mostrou receptiva ao projeto. O documentário conta com as participações do Doutor João Raposo (médico e Diretor Clínico da APDP); da Alexandra Costa (coordenadora do Núcleo Jovem APDP e diabética tipo 1); e três pessoas que contaram as suas histórias com a Diabetes Tipo 1: Bernardo Pajczer, Ricardo Oliveira, e Ana Rodrigues.

Palavras-chave: documentário; diabetes; saúde; jovens; adultos; qualidade de vida;

ABSTRACT

This project boils down to the elaboration of an essentially expository documentary, but also participatory, about Type 1 Diabetes and how people, with the disease, deal with it. The documentary is mainly aimed at people with diabetes and those newly diagnosed, in order to establish a relationship between the themes of the documentary and these same people. The contact between pairs helps with the acceptance of the disease and shows us that there are different ways of dealing with Diabetes through different habits and care, showing us that we are capable of doing everything we want, without limitations. However, the documentary opens a window to what the disease is, and therefore, is also aimed at the common citizen with an educational purpose about one of the biggest diseases in the world, and how everyone can make a difference in an emergency situation.

As such, a relationship was established with the Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), the oldest diabetes association in the world, which embraced and proved receptive to the project. The documentary features the participation of Doctor João Raposo (Doctor and Clinical Director of APDP); Alexandra Costa (coordinator of the youth core of APDP, type 1 diabetic); and three people who told their stories with Type 1 Diabetes: Bernardo Pajczer, Ricardo Oliveira, and Ana Rodrigues.

Keywords: documentary; diabetes; health; youth; adults; quality of life;

INTRODUÇÃO

O projeto final do Mestrado em Audiovisual e Multimédia aqui concebido trata-se da apresentação de um documentário que aborda a Diabetes Tipo 1. O projeto aborda principalmente a gestão que as pessoas que carregam a patologia têm que fazer diariamente, os constrangimentos que passam, os tipos de terapia disponíveis para lidar com a doença, e o rigor e esforço que têm que manter para terem os níveis de glicemia estáveis.

A Diabetes Tipo 1 é uma doença que pode surgir a qualquer idade: nascimento, infância, adolescência, ou num jovem adulto. É uma das doenças com mais incidência na juventude (Atkinson, 2014): os casos estão a aumentar consideravelmente ano após ano e, atualmente, existem 1,211,900 crianças e adolescentes com menos de 20 anos com Diabetes Tipo 1 no mundo inteiro (IDF, 2021). Segundo Mobasseri, Shirmohammadi, Amiri, Vahed, Fard & Ghojzadeh (2020), 15 em cada 100,000 pessoas têm Diabetes Tipo 1 e a prevalência da doença foi de 9,5% no mundo nesse ano. Dado que é uma patologia bastante comum na sociedade hoje em dia, este projeto assenta num documentário que expõe no que é que a doença se baseia, e na gestão do dia-a-dia das pessoas com Diabetes Tipo 1.

Com o objetivo não só de motivar, mas também de mostrar aos recém-diagnosticados com Diabetes Tipo 1 diferentes histórias de como as pessoas que, como eles, lidam com a doença, pretendo levar até eles um primeiro contacto com essa comunidade, pois o conhecimento entre pares é algo que pode ajudar imenso a lidar com a doença: conhecer a necessidade de novos hábitos, ver que é possível fazer desporto com certos cuidados, ver que não são os únicos e há um universo de pessoas a passar pelos momentos difíceis da doença, pequenos “truques” para viver com ela, são alguns dos aspetos explorados. Em parte, a razão da escolha deste tema é eu próprio ter de lidar com a patologia todos os dias da minha vida. Pretendo chegar a todos os portadores da doença e aqueles que com eles convivem, no sentido de lhes mostrar que a gestão diária não tem que ser solitária; aos recém-diagnosticados que se possam sentir assustados tal como eu me senti, e também ao cidadão comum, de modo a educar sobre uma doença que atinge milhões de pessoas em todo o mundo.

O trabalho começa por uma fundamentação conceptual sobre o tipo de produto audiovisual criado, neste caso o documentarismo, com uma análise teórica sobre a história do mesmo, as técnicas e perspectivas dos primeiros realizadores que abriram caminho para este tipo de cinema, reunindo interpretações de diversos autores.

De seguida, apresenta-se uma contextualização descritiva sobre a doença, um capítulo que se debruça sobre o que é a Diabetes, onde são explicados os diferentes tipos da patologia, a razão de aparecimento de cada tipo, as diferentes insulino terapias, e também as incidências mundiais e nacionais da Diabetes Tipo 1 e Tipo 2. Ainda nesse capítulo, é abordado o tema da qualidade de vida das pessoas que carregam a doença, falando sobre a gestão diária que é feita, os cuidados que são tidos, os constrangimentos sociais que, por vezes, podem acontecer, e os maiores medos associados.

No capítulo final trato do desenvolvimento do conjunto do projeto, desde como foi realizada a análise teórica inicial, ao planeamento e estruturação do tipo de documentário adequado aos objetivos do projeto, à produção que foi realizada com o apoio da APDP, até à pós-produção final.

1. Documentarismo

1.1. Origens do Cinema

Segundo Costa (2006), as primeiras exibições públicas de obras cinematográficas ocorreram em 1893 através de um cinetoscópio, inventado por Thomas A. Edison. O cinetoscópio tinha um visor individual onde era possível assistir à exibição de um filme em *loop*, onde apareciam imagens em movimento. Contudo, Edison não foi o único impulsionador das origens do cinema: em 1895, em França, ocorriam as primeiras exibições dos irmãos Lumière no Grand Café. Conhecidos como dos maiores fundadores da sétima arte, criaram o aparelho capaz de captar imagem em movimento em 16 frames por segundo. A invenção dos irmãos Lumière era muito mais portátil que a de Edison e, portanto, permitia-lhes registar assuntos exteriores, não ficando os realizadores “presos” dentro de um estúdio e facilitando a exploração da vertente mais documentarista do cinema (Costa, 2006, p.19).

Segundo a mesma autora (2006), os primeiros anos do cinema estão divididos em duas fases: o “cinema de atrações” (1894-1907) e o “período de transição” (1906-1913). O cinema de atrações correspondia a uma fase em que as obras cinematográficas não se focavam tanto nos aspetos narrativos, mas sim no espetáculo visual que as imagens proporcionavam. O início desta primeira fase corresponde ao surgimento de filmes mais documentais que registam a vida real da sociedade na altura. Apenas a partir de 1903 é que o esforço para se começar a trabalhar mais a ficção, com narrativas simples, tem início, o que vem proporcionar uma maior exploração no que toca à estruturação de uma obra através dos diversos planos e elementos de composição visuais. Nessa altura, os filmes com diversos planos deixam de ser algo excepcional, para se tornarem uma convenção que os cineastas passam a explorar para fins narrativos (Costa, 2006, p.32). Também por esta altura, os distribuidores começam a ganhar espaço e a permitir a expansão da indústria através da aquisição de filmes às produtoras para o posterior aluguer aos exibidores, aumentando a circulação e disponibilidade das obras (Costa, 2006, pp.26,7).

O período de transição corresponde aproximadamente ao final do período de cinema de atrações, quando os cineastas começaram a explorar mais a vertente narrativa do cinema e a tentar construir novas convenções, inclusive direcionadas para as intenções e motivações dos personagens (Costa, 2006, p.28). Nesta fase, os cineastas já estavam na fase de experimentação de narrativas complexas, com mais planos do que na fase anterior

do cinema, o que chega a criar dificuldades para a interpretação dos espectadores, que não estavam habituados às diferentes relações espaciais e temporais dos planos. A fase de transição viu ainda florescer a divisão e especialização das diferentes especialidades e etapas da produção de uma obra cinematográfica, como por exemplo os realizadores, argumentistas, estilistas, maquilhadores, cenógrafos, iluminadores, entre outros (Costa, 2006, pp. 40,1).

O cinema começava-se a organizar de uma forma industrial, com o mercado europeu a ser dominante e a maioria do cinema exibido nos EUA e na Europa a ter origem em França, com empresas como a Pathé por trás deste feito. A Pathé produzia filmes, câmaras, projetores e era ainda uma das maiores distribuidoras de filmes. Com o objetivo de reverter esta situação, as produtoras americanas Edison e Biograph criam a MPPC, agrupando companhias como a Vitagraph, Selig, Essanay, Lubin e Kalem, numa estratégia oligopolista (Costa, 2006, p.38).

Nos anos 20, a indústria já era merecedora de mais respeitabilidade por parte do público, e em 1917 a maioria dos estúdios já se localizava em Hollywood, onde era comum a produção de filmes de 60 até 90 minutos, (longas-metragens) algo que antes era apenas exceção. Segundo Costa (2006, p.49), foram os filmes de época europeus, principalmente os italianos, que geraram um lucro e uma popularidade muito positivas e levaram a indústria cinematográfica americana a produzir, também, longas-metragens.

1.2. Origens do Documentarismo

Como foi possível perceber através das experiências dos irmãos Lumière, as primeiras imagens em movimento tinham o objetivo de registar a vida do dia-a-dia das pessoas (Penafria 1999). O termo “documentário” surge no final do século 19 quando empreendedores começaram a filmar filmes de eventos da vida real (Aufderheide, 2007, p.3). A época do cinema de atrações foi principalmente marcada pelos filmes documentários – as “atualidades” – ou recriação realista de eventos, que superavam as ficções. Os irmãos Lumière documentavam a realidade quotidiana, mas também foram dos primeiros a realizar uma ficção “*L’arroseur arrosé*” (1895) (Costa, 2006, p.31).

De acordo com Nichols (2001), o esforço inicial para construir a história do documentarismo vem do desejo dos cineastas/argumentistas perceberem como é que as coisas, os acontecimentos, as situações, acabaram da maneira que estão. Mais até do que estarem preocupados em abrir caminho para o documentarismo, os primeiros cineastas

estavam focados em explorar os limites do cinema e em descobrir novas formas e possibilidades de trabalhar a imagem.

Segundo o Nichols, a origem do documentarismo surge da combinação de uma paixão de registar a realidade e de um instrumento capaz de registar a mesma, ou, nas palavras do autor, de “dois mitos”:

O primeiro mito era que o cineasta era o “herói” que viajava para longe com o objetivo de revelar os cantos escondidos da sociedade e do mundo que faziam parte da realidade registando-os (como, por exemplo, Robert Flaherty fez em alguns dos seus trabalhos como “*Nanook of The North*” (1922)); o segundo mito era que as imagens cinematográficas têm o poder de reproduzir o mundo, tal como ele se apresenta na realidade, através de um processo fotomecânico da lente de uma câmara (Nichols, 2001, p.122).

Segundo Nichols (2001), o documentário possui quatro elementos que formam a sua base de existência: o primeiro é a documentação indexical que vai de encontro com o nome, o significado de cada filmagem está associado ao contexto em que a documentação está a ser feita, sendo assim, uma indexicalidade. As filmagens contêm uma relação indexical importante com o contexto e a história; de seguida vem a experimentação poética que surge, em grande parte, da convergência entre o cinema e as várias vanguardas modernistas, que floresceram no início do século XX, e teve um papel importante no que toca a construir a voz do documentarismo e a sublinhar a mesma. Segundo o autor, a perspetiva subjetiva do cineasta começou a ter mais prioridade do que propriamente a capacidade da câmara registar os acontecimentos; também o *storytelling* narrativo tem um papel fundamental na base do documentário, pois, para além da experimentação poética, o cinema narrativo também se começou a desenvolver na viragem para o século XX. O estilo cinematográfico do cineasta combina-se com o enredo com o objetivo de contar uma história, seja ela mais factual ou encenada. Este enredo revelaria a perspetiva do cineasta sobre o tema e sobre o mundo; por fim, a oratória retórica que procurava abordar o mundo de uma maneira que comunicasse uma perspetiva particular e procurava predispor o espectador à ação ou à adoção de sensibilidades e valores facultados pelo narrador.

O autor defende que é apenas quando estes quatro elementos se reúnem que o documentário tradicional ganha forma. O documentário apenas na década de 1920 é que começou a ser distinguido como um género de cinema próprio (Nichols, 2001, p.128).

A autora Penafria (1999), indica que o material para o trabalho de um documentário é recolhido no local dos acontecimentos, ou seja, é no material registado *in loco* que começam os primeiros passos do documentarismo. Penafria (2001) defende o ponto de vista que o documentário é o argumento encontrado, no sentido de que o que é encontrado *in loco* é aquilo que o documentarista se vai basear e é o seu guião. Este material *in loco*, após combinado e interligado, não só é simplesmente um espelho da realidade; o papel do documentarismo é construir e dar um significado à realidade (Penafria, 1999).

Os considerados principais impulsionadores do documentarismo, na entrada do século passado foram Robert Flaherty, John Grierson, e Dziga Vertov. Segundo Aufderheide (2007), tanto Flaherty como Grierson, apesar de com diferentes objetivos, ambos enveredaram pelo realismo nos seus documentários. O objetivo desse realismo não era o de captar a realidade, mas sim de usar uma forma de arte - o documentário, para emular o real de forma tão eficaz que o espectador ficasse atraído ao documentário sem questionar (Aufderheide, 2007).

Robert Flaherty (1884-1951) foi um dos maiores pioneiros americanos no filme documental. Uma das suas maiores obras-primas "*Nanook of the North*" (1922), tornou-se num dos maiores sucessos mundiais. O filme contava a história de sobrevivência dos indígenas Inuit: Flaherty conta o dia-a-dia de uma cultura que os espectadores assumiam como primitiva, com o cineasta a abordar esta comunidade fazendo ver pessoas que também têm famílias e pertencem a uma comunidade (Aufderheide, 2007). O cineasta acreditava que estas culturas permaneciam puras e não influenciadas pelos efeitos do industrialismo (Orenstein, 1989).

Para Robert Flaherty, interagir com os intervenientes do seu documentário foi fulcral e, portanto, viveu de 1912 a 1919 com o povo Inuit, acreditando que a história que ele queria transmitir emergia de modo mais genuíno se estabelecesse uma melhor relação de confronto e proximidade com a realidade vivida (Penafria, 2001).

Apesar da abordagem realista do cineasta, todo o processo era encenado. Segundo a autora Aufderheide (2007), algumas das escolhas de Flaherty como, por exemplo, substituir o nome Allakariallak para Nanook e reunir uma família fotogénica mas falsa para o filme, eram feitas com o objetivo de cativar o público e assegurar uma maior compra dos bilhetes, o que conseguiu com sucesso. Através da edição, ângulos, e ritmo do documentário, fez com que os espectadores pensassem que estavam a visualizar algo genuíno (Aufderheide, 2007).

Flaherty, citado por Aufderheide (2007), indicou que o objetivo dele era abrir uma janela à comunidade Inuit e a sua majestade e caráter, enquanto era possível. Flaherty acreditava que a comunidade ainda não tinha sido “poluída” pelo contacto com o mundo moderno e, portanto, estaria na sua forma mais pura (Aufderheide, 2007).

O reportório de trabalho de Robert Flaherty sublinhava bastante uma narrativa do ser humano contra a natureza e a sua afeição aos seus assuntos era notável (Aufderheide, 2007). Flaherty envolvia-se de facto com as comunidades que retratava nas suas obras, de modo a conseguir abordar e expor os modos de vida da maneira mais acertada possível. Orenstein (1989), sublinha que Flaherty focava-se nas tradições “honradas” e métodos de sobrevivência destas comunidades, numa abordagem destinada a mostrar a “nobreza” das suas ações, pois era dessa maneira que o cineasta olhava para as comunidades que julgava merecedoras.

Já John Grierson (1898-1972), com uma abordagem diferente, aborda o documentarismo como uma ferramenta de educação pública. Em tempos da Grande Depressão, Grierson foi contratado pelo Empire Marketing Board para promover a noção de império britânico. Grierson liderou a vertente do documentarismo patrocinado pelo governo e os objectivos políticos (Nichols, 2001). Um dos seus filmes mais famosos, “Drifters” (1928), sobre a pesca de arenque, terá sido realizado porque um oficial tinha interesse nesse setor.

Segundo Aufderheide (2007), Grierson desenvolveu a sua interpretação de documentário como uma ferramenta de educação e integração social, acreditando que o documentário tinha o poder de observar a vida usando pessoas que podiam ajudar as outras pessoas a interpretar histórias do mundo real.

O cineasta sublinhava que o papel do documentarista era ser um autor criativo que devia expressar o seu ponto de vista no seu documentário (Penafria, 1999) e acreditava que os documentários deviam retratar a verdade, mesmo que para fins de propaganda política. O cineasta defendia que os documentários estavam totalmente separados da ideia de cinema de entretenimento, acreditando que Hollywood era imbatível e inacessível e que o caminho do documentarismo devia apontar para fins não comerciais (Aufderheide, 2007). Apesar do papel como um dos líderes do filme documental e do movimento britânico ter colapsado após a Segunda Guerra Mundial, os aspirantes a cineastas que se seguiram continuavam a ser influenciados pela missão de Grierson de olhar para o documentarismo como um meio de educação social (Aufderheide, 2007).

Segundo Kaufman, outro importante impulsionador do documentarismo foi Dziga Vertov (1896-1954), um cineasta também pioneiro do filme documental no movimento soviético. Vertov foi um dos principais fundadores do documentarismo nos anos 20 do século XX tendo desenvolvido inúmeras obras, entre as quais cinejornais como o “*Kino-Pravda*”, “*Kinonedelja*”, e “*Goskinokalendar*”. O cineasta defendia que o meio artístico cinematográfico devia ser autónomo, auto-referencial e universal (Lawton, 1978).

Vertov acreditava que o documentário era a ponte ideal para a revolução. O cineasta já era uma figura importante tanto na Rússia como internacionalmente, após uma década da Revolução Russa, e acreditava que o Marxismo era uma nova ciência da sociedade que devia ser integrada com a ciência da câmara (Aufderheide, 2007). Vertov queria espelhar a beleza da sociedade comunista, bem como a importância da luta e sacrifício que custaram a construir a mesma. Acreditava que cinema era o meio ideal de retratar a nova sociedade comunista, porque captava a vida real e, portanto, não mentia nem distraía as pessoas (Aufderheide, 2007).

Um dos trabalhos mais emblemáticos de Vertov são os episódios “*Kino-Pravda*” (1925) em que o cineasta levou os espectadores a ver novas facetas da União Soviética. Os episódios *kinopravda* de Dziga Vertov eram aquilo que Rouch e Morin denominavam de “*cinema-vérité*” (traduzido: cinema de verdade). A ideia deste estilo de documentarismo enfatiza que aquela é a verdade de um encontro e não a verdade absoluta.

Segundo Nichols (2001, p.184), o *cinema-vérité* revela a realidade do que acontece quando as pessoas interagem na presença de uma câmara; vemos como o cineasta e o sujeito/contexto negociam uma relação, como agem um com o outro, que formas de poder e/ou controlo entram em jogo e que níveis de revelação derivam desse encontro.

Vertov interpretava a câmara de filmar como uma extensão cibernética da fraca capacidade do ser humano de ver e adotou o futurismo, uma vanguarda que celebrava o novo, o moderno, e a máquina (Aufderheide, 2007).

Vertov destruiu por completo as convenções criadas da linguagem visual do cinema através de planos e ângulos de câmara ainda não explorados, como também as relações sintagmáticas pouco convencionais que ajudam ao avanço de uma narrativa e de uma montagem de cinema muito própria. O resultado da quebra destes cânones era o estilo que Vertov adotou originando analogias visuais e segmentos rítmicos similares a um poema futurista (Lawton, 1978). Nichols (2001, p.134) refere que Vertov defendeu uma atitude de reconstrução poética, através de técnicas próprias que formaram o seu estilo de cinema chamado “*kino-eye*” que era composto por estas características:

A edição durante a observação; a edição após a observação que focava-se em organizar mentalmente o que foi visto; a edição durante a filmagem, ou seja, a orientação do olho da câmera no local observado na etapa 1; a edição após a filmagem baseada na organização das filmagens de acordo com as características adotadas e em busca de fragmentos de montagem que estão em falta; e aferir à vista em busca de fragmentos de montagem através de orientação instantânea num ambiente visual em busca de capturar as filmagens de conexão; por fim, a edição final, reorganizando todas as filmagens na melhor sequência (Michelson, 1984).

O primeiro filme documental de Vertov, “*Kino-Glaz*” (1924), mostrou ser a primeira exploração em filme a agarrar em momentos inesperados da vida, sem cenários, atores, ou estúdio.

Vertov adota o conceito de ritmo como um princípio fundamental da estrutura de um verso para os seus poemas cinematográficos, explorando a “teoria dos intervalos” – Segundo Vertov, citado por Lawton (1978), o filme deve ser construído “sobre intervalos”, ou seja, sobre um movimento entre os *frames* de cada filmagem (nas suas proporções e nas transições de um impulso visual de um *frame* para o outro); não menos importante que isto é também o “valor de cada distinta imagem em relação com as restantes imagens misturadas na montagem do filme”.

Segundo Lawton (1978), é possível verificar esta teoria numa das maiores obras de Vertov “*Man with a Movie Camera*” (1929) que trouxe imensa polémica e discussão. A autora indica que o filme é dividido em duas partes simétricas em que o ritmo do filme vai aumentando progressivamente começando com planos longos e acabando com planos, se for preciso, de apenas um segundo: a primeira parte trata os temas de sono, o acordar matinal, começo das atividades humanas como trabalho industrial, trânsito, começando num ritmo lento de planos e indo gradualmente ganhando velocidade até chegar a um momento de planos curtos onde atinge o “clímax” e termina. A segunda parte aborda o contrário, ou seja, o conceito de férias, lazer e desporto: vai ganhando ritmo numa respetiva cena de taverna e termina com planos pouco perceptíveis dado o ritmo.

Existem partes do filme conectadas através de paralelismos com planos diferentes, como por exemplo: existe um plano com movimentos aleatórios de uma multidão numa rua na primeira parte do filme e, posteriormente, podemos encontrar os mesmos movimentos aleatórios de uma multidão na segunda parte do filme, mas agora, numa praia, apontando assim para uma conexão semântica entre as duas partes do filme (Lawton, 1978).

Segundo a autora Aufderheide (2007), esta obra explorava o cotidiano num conceito teatral em que o cinematógrafo usou a magia da câmara para transportar o espectador a ambientes íntimos, paisagens, locais de trabalho e ginásios. O filme pretendia ser um panorama de uma sociedade transformada, abrindo uma janela ao cotidiano das pessoas soviéticas num tom modernista, indo de encontro à teoria de Vertov para o poder do documentário: de não apenas registrar a sociedade, mas para, através do documentarismo, observá-la de forma diferente do que se julgava a olho nu (Aufderheide, 2007).

Segundo Nichols (2001, pp.195,6), em “*Man with a Movie Camera*” (1929), Vertov demonstra como é que a realidade é construída pelo cineasta e pelo seu editor, abordando o exemplo de como Vertov começa o início de uma cena com o operador de câmara (Mikhail Kaufman), a filmar as pessoas a andar numa carruagem puxada por cavalos. Posteriormente, na sala de edição onde esta cena é trabalhada é que se irá construir o que foi acabado de ver: o resultado final convida o espectador a refletir sobre o processo pelo qual essa cena foi trabalhada. De acordo com o mesmo autor, Vertov adota, de certa forma, o poder do documentário reflexivo, procurando estimular o espectador a desenvolver uma elevada consciência da sua relação com o documentário e o que ele representa (Nichols, 2001, p.197).

1.3. Definições e Perspetivas de autores

Segundo Finneran (s.d.), os documentários melhor conseguidos são os que têm a capacidade de trazer diálogo sobre um tema com que as pessoas possam não estar familiarizadas. Os documentários têm essa necessidade de conectar as pessoas. De acordo com Aufderheide (2007), um documentário é uma representação e um “retrato” da vida real, construídos por artistas que tomam as decisões sobre que história querem contar, e com que objetivo. Os documentários são uma forma de comunicação uma vez que, ao retratarem a vida real, facilitam ao ser humano a compreender a própria sociedade, o mundo e o papel de cada um dentro da sociedade, como atores social e público (Aufderheide, 2007, p.5). Os autores Penafria (1999) e Nichols (2001, p.126) vão de encontro com as palavras de Aufderheide e sublinham, respetivamente, que o documentário, enquanto espaço de formas e conteúdos inesgotáveis, desencadeia um envolvimento crítico sobre um tema contribuindo para uma melhor compreensão do mundo; um documentário não só documenta um evento, como também transmite uma perspetiva ou uma proposta de perspetiva sobre esse evento. Nichols (2001, p.6), aponta

ainda que atualmente ainda é comum dirigirmo-nos ao documentário com a interpretação que John Grierson propôs em 1930 como o “tratamento criativo da atualidade”.

Nichols (2001) propõe três ideias base sobre o que é o documentário: é sobre a realidade; sobre pessoas nessa realidade; e conta histórias, com um ponto de vista, sobre o que acontece no mundo real. Por palavras próprias, Nichols:

“Documentary films speaks about situations and events involving real people (social actors) who present themselves to us as themselves in stories that convey a plausible proposal about, or perspective on, the lives, situations, and events portrayed. The distinct point of view of the filmmaker shapes this story into a way of seeing the historical world directly rather than into a fictional allegory.” - Nichols (2001, p.14)

Um documentário envolve pessoas reais (atores sociais) que se apresentam aos espectadores através de histórias que comunicam a sua perspectiva nas situações/vidas retratadas (Nichols, 2001) e estimula epistemofilia, o desejo de saber, nas audiências, transmitindo uma lógica informativa e com uma retórica persuasiva a promessa de informação e conhecimento (Nichols, 2001, p.40). O autor sublinha que o documentário depende de um realismo físico, ou empírico, ligando-nos a um tempo e um lugar. Dependendo da escolha do cineasta, o mesmo pode optar por filmar uma realidade física ou empírica e torna-la autêntica. Contudo, é ainda necessário criar um realismo psicológico ao procurar atores sociais que se revelem em frente a uma câmera e tenham a capacidade de, ao exporem-se, espelharem a realidade. Além disso, este género de cinema tem que ter a capacidade de emitir um realismo emocional, através do uso de técnicas cinematográficas e de um ponto de vista proposto e a explorar (Nichols, 2001, p.134).

Um documentário é um género fundamental que exige constante inovação e experimentação de formas e conteúdos. Portanto, se as temáticas tratadas dizem respeito à vida das pessoas e aos acontecimentos do mundo, a sua forma depende diretamente da criatividade do documentarista, assim produzindo o ponto de vista e argumento que um documentário deverá possuir, a autoria do autor do filme (Penafria, 1999).

A autora aponta que a relação do conteúdo do documentário está totalmente interligado com a forma do mesmo, isto é, para cada ponto de vista apresentado, existirá, eventualmente, uma forma de linguagem cinematográfica que deve ser encontrada e explorada criativamente (escolha de planos, ângulos, direção dos intervenientes) em torno

de encontrar a mais ajustada ao conteúdo e perspectiva que o cineasta pretende comunicar (Penafria, 2001).

Como é possível verificar através do trabalho dos principais fundadores do documentarismo, a compreensão do que é um documentário muda ao longo do tempo, com pressões comerciais, marketing, e até inovações tecnológicas (Aufderheide, 2007, p.10). A autora indica que existem quatro elementos em que os cineastas têm que tomar decisões sobre como representar a realidade para construir o documentário e esses são: o som (som ambiente, banda sonora, efeitos de som especiais, diálogo, e narração); a imagem (filmagens realizadas no set, imagens históricas, objetos, ou vídeos); efeitos especiais de vídeo ou som como a animação; e o ritmo (duração das cenas, número de cortes, guião e estrutura narrativa). Existem diversas escolhas pelas quais o cineasta pode optar de acordo com aquilo que pretende apresentar, como já foi mencionado anteriormente por Penafria (2001): para cada ponto de vista apresentado existe uma forma de linguagem cinematográfica que deve ser usada para esse propósito, não existindo fórmulas fixas. Aufderheide (2007, p.11) vai de encontro às palavras de Penafria e indica-nos que é através da tomada de decisões nestas áreas, que o cineasta escolhe por que caminho pretende envergar para contar uma história e representar uma situação e apresentar o seu argumento (Aufderheide, 2007, p.11).

1.4. Tipologia de Documentário segundo Bill Nichols

O documentário pode apresentar diferentes abordagens e modos. Na tipologia criada por Bill Nichols, no livro “Introduction to Documentary” (2001), existem seis modos diferentes de documentário, a saber:

Modo Poético: Segundo Nichols (2001, p.162-164), o modo que começou com o modernismo, como forma de representar a realidade através de fragmentos e impressões subjetivas, raramente dá a conhecer os seus atores sociais. Aqui, estes atores raramente assumem a forma de personagens que possuem uma complexidade psicológica ou uma visão crítica do mundo, existindo até obras em que não é possível reconhecer nenhum ator social (“*Rain*” de Joris Ivens, por exemplo). O modo poético enfatiza mais o humor, o tom, ou no afeto, do que demonstrações de conhecimento factual ou abordagens retóricas. Este modo explora formas alternativas de comunicar informação ou um ponto de vista sobre o mundo, sendo assim o elemento retórico mais ignorado, e prevalecendo a qualidade expressiva, através do tom e da emoção (Nichols, 2001, p.162).

Modo Expositivo: O modo expositivo monta fragmentos do mundo num quadro mais retórico do que poético ou estético. Este modo costuma adotar o comentário “*voz-de-Deus*” em que o narrador é ouvido pelo comentário, mas nunca visto. A tradição do comentário “*voz-de-Deus*” que normalmente é uma voz masculina treinada profissionalmente, tornou-se quase numa marca registada no modo expositivo (Nichols, 2001). Este tipo de documentarismo, aliado a uma lógica informativa através da narração, apresenta visualmente imagens que atuam em contraponto ao que é narrado, como se de legendas visuais se tratassem (Nichols, 2001);

Modo Observacional: Este modo surgiu da vontade de cineastas em observar a vida de modo espontâneo, para registar o mundo histórico como ele é, o que resultou em filmes sem a tradição da “*voz-de-Deus*”, sem música, sem efeitos sonoros, sem entrevistas, e sem repetir cenas para a câmara (Nichols, 2001, p.174). Nestes documentários, as cenas revelam os aspetos de carácter e individualidade dos atores sociais que se envolvem uns com os outros, ignorando os cineastas (Nichols, 2001, p.174). Nichols (2001, p.176), afirma que este modo “sublinha a noção da duração dos eventos reais, que em filmes de ficção mainstream, não espelham isso de maneira tão realista através dos seus ritmos dramáticos e, por vezes, acelerados”. O autor aponta, ainda, que o facto do cineasta se tornar também num observador, faz com que o espectador tenha um papel mais ativo na determinação do significado do que é dito e feito durante o documentário.

Modo Participativo: O modo participativo surge na década de 1960 com novas tecnologias que permitiam a gravação do som sincronizado com a imagem, permitindo ao cineasta tornar-se (quase) um ator social e interagir com outros atores sociais (Nichols, 2001, p.179, p.182). Segundo Nichols (2001, p.181), o cineasta interage com os seus temas, explora e estuda o campo e a ação, participando na vida dos atores desse mesmo campo, de modo a adquirir uma perceção visceral de como é a vida nesse determinado contexto, e fazendo uso da antropologia e sociologia para refletir sobre esse contexto. Segundo o autor, o que ocorre em frente da câmara é o resultado dessa mesma interação do realizador com o contexto, permitindo que no documentário haja uma noção de como é que essa situação se altera em resultado da sua presença (Nichols, 2001, p.179, p.181). Segundo Nichols (2001, p.189 e 190), as entrevistas são uma das formas mais comuns de encontro do realizador com o sujeito/contexto neste modo de documentarismo e são usadas de modo a reunir diferentes relatos sobre uma única história.

Modo Reflexivo: O modo reflexivo é o modo de representação mais auto consciente, através do acesso realista ao mundo, baseado na capacidade de fornecer evidências persuasivas, na possibilidade de prova indiscutível, entre outros elementos (Nichols, 2001, p.196). Os documentários reflexivos abordam não só o mundo histórico, como também os problemas que representam esse mesmo mundo, criando um nível elevado de reflexão. Mais do que gerar nova informação sobre uma categoria, o documentário reflexivo propõe-se a reajustar as expectativas da audiência (Nichols, 2001, p.194 e 198). Segundo Nichols (2001, p.198), os documentários reflexivos podem ter pontos de vista tanto formais como políticos: do ponto de vista formal, a reflexividade foca a nossa atenção para as nossas expectativas e assunções como espectadores sobre a própria forma documental; do ponto de vista político, a reflexividade aponta para as nossas suposições e expectativas sobre o mundo histórico e não tanto sobre o filme e a sua forma de cinema.

Modo Performativo: O modo performativo sublinha a complexidade do nosso conhecimento do mundo, realçando as suas dimensões subjetivas e afetivas. O modo performativo foca-se mais nas liberdades poéticas, estruturas narrativas menos convencionais, e formas mais subjetivas de representação e é um modo que comunica a perspectiva bem situada e focada sobre temas específicos (Nichols, 2001). Os documentários performativos aliam-se menos a um lado persuasivo e mais a um modo afetivo com o objetivo de fazer com que o espectador sinta o mais vividamente possível o que se passa no ecrã. Este modo traz as intensidades emocionais da situação retratada para primeiro plano, de modo a ajudar o espectador a sentir como é viver determinada situação ou experiência (Nichols, 2001). Segundo Nichols (2001), o modo performativo é o que permite lembrar o espectador de que o mundo é mais do que a soma das evidências visíveis do mesmo.

1.5. Representação da Saúde no Documentarismo

Segundo Serafim (2014), a perspectiva narrativa tem sido cada vez mais explorada para espelhar experiências da saúde e da doença, nas histórias e vivências com o corpo, em torno da compreensão dessas mesmas experiências. De acordo com o autor, o filme documental é uma ferramenta que permite construir um meio de exploração dos fenómenos psicológicos, sociais, antropológicos e identitários individuais, nos processos de saúde e da doença.

Esta é uma das ferramentas através da qual é possível trazer às pessoas aspetos da sociedade com os quais possam não estar totalmente familiarizados e enriquecer o seu conhecimento sobre o ser humano (Serafim, 2014). O autor enuncia diversos filmes que retratam as experiências de pessoas com certas doenças como SIDA, Autismo, Alzheimer, entre outras:

- *La pudeur ou l'impudeur* (1992) – um filme íntimo e doloroso que retrata os tratamentos e as dificuldades quotidianas de um paciente com SIDA. Neste filme, o realizador é o sujeito (paciente) (Hervé Guibert) e também a “voz-de-Deus” da obra. Nela se denota todas as suas preocupações em relação ao futuro, como se lida com o facto de ser paciente de uma doença discriminada, e a luta diária a combater a SIDA (Serafim, 2014);
- *Elle s'appelle Sabine* (2007) – um documentário realizado pela irmã (Sandrine Bonnaire) de uma paciente autista onde se retrata o peso que o autismo tem na vida, e se sublinha o funcionamento dos cuidados de saúde mental em França e a forma como tentaram tratar da sua irmã Sabine (Serafim, 2014);
- *Vergiss mein nicht* (2012) – Neste documentário, o filho (David Sieveking) de uma paciente com Alzheimer, retrata as etapas da doença vividas pela mãe, os cuidados do quotidiano, o modo como a doença afeta as relações familiares, e, através de uma abordagem intimista, o peso que é ter uma mãe que sofre desta condição, associado ao medo que a sua mãe o esqueça (Serafim, 2014).

2. Diabetes

A Diabetes é uma doença metabólica e crônica representada pelos níveis altos da glicose na corrente sanguínea do ser humano (WHO, 2021). Quando níveis altos da glicose no sangue (glicemia) acontecem, trata-se de uma hiperglicemia causada por problemas de secreção da insulina, ou da ação da mesma (Alberti, K.G., & Zimmet, P. Z., 1998). A insulina controla o equilíbrio, ou a homeostase, da glicose no sangue, estimulando a entrada da mesma no músculo e células do ser humano, de modo a criar a energia necessária para o organismo do ser humano (Lee, J., & Pilch, P. F., 1994). As causas do aparecimento da diabetes são várias. Os diferentes tipos de diabetes dividem-se exatamente segundo a causa do aparecimento da doença:

Diabetes Tipo 1

A Diabetes Tipo 1 pode surgir a qualquer idade: nascimento, infância, adolescência, ou num jovem adulto. Contudo, é uma das doenças com mais incidência na juventude (Atkinson, 2014). Segundo Atkinson (2014), a Diabetes Tipo 1 é causada pelo processo de auto-destruição das células β responsáveis pela produção de insulina, que consequentemente, causa o mal funcionamento do metabolismo dos hidratos de carbono e gorduras por deixar acumular a glicose no sangue.

Diabetes Tipo 2

A Diabetes Tipo 2, normalmente, surge já numa idade mais avançada (acima dos 40). As pessoas com Diabetes Tipo 2 não sofrem pela falta de insulina consequente do processo de auto-destruição das células β do pâncreas, mas sim de desordens da ação da insulina no organismo ou da sua secreção (Alberti, K.G., & Zimmet, P. Z., 1998). Pessoas com este tipo de Diabetes, por vezes podem passar anos sem serem diagnosticadas porque a hiperglicemia sofrida não é severa o suficiente para provocar sintomas; ainda assim, estão em risco de sofrer problemas macrovasculares ou microvasculares. Segundo Alberti & Zimmet (1998), a maioria das pessoas com Diabetes Tipo 2 são obesas, o que causa a resistência à insulina mencionada anteriormente. De acordo com os mesmos autores, o aumento da sensibilidade à insulina pode ser trabalhado através de redução de peso, exercício físico e/ou tratamento médico.

Existe, ainda, um grupo que inclui outros tipos mais específicos, tais como a Diabetes Gestacional que pode surgir durante a gravidez, ou pessoas que sofrem de defeitos genéticos da célula *beta* do pâncreas, defeitos genéticos da ação da insulina, entre outros (Alberti, K.G., & Zimmet, P. Z., 1998).

2.1. Complicações a Longo Prazo

Segundo a American Diabetes Association (ADA) (2021) pacientes com casos de diabetes mal geridos têm mais probabilidade de desenvolver complicações derivadas da doença. As complicações mais frequentes são:

- Retinopatia: uma complicação microvascular baseada na perda de visão e que pode levar a cegueira. A retinopatia é causada pelo estrago da microvasculatura retinal (Rett & Hostalek, 2019). Uma tese realizada por Segalás (2011), abordando o universo de utentes com Diabetes Tipo 2 inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde de Vila Franca de Xira, aponta que 14,7% da amostra desenvolveu retinopatia diabética. Contudo, o risco de desenvolvimento de alguém com um bom controlo metabólico é de 0.035% a 2.6% enquanto que alguém com um mau controlo metabólico enfrenta uma percentagem de risco entre 78.5% e 99.9% de desenvolver retinopatia diabética (Segalás, 2011);
- Nefropatia: consiste na falha de um órgão vital, os rins. Segundo a ADA (2021), níveis altos de glucose no sangue forçam os rins a filtrar demasiado sangue, o que pode levar ao mau funcionamento dos mesmos, deixando de conseguir filtrar as proteínas necessárias para o organismo;
- Neuropatia: resulta em dano no sistema nervoso. O tipo mais comum é a neuropatia periférica que afeta os nervos das mãos, pés, pernas ou braços. A neuropatia diabética diminui a sensibilidade de sentir calor, frio, ou dor num local respetivo: nomeadamente, nos pés (ADA, 2021);
- Cetoasidose: quando as células do organismo não têm acesso à glucose no sangue devido à falta de existência da insulina, o corpo começa o processo de queimar gordura para produzir energia, o que gera cetonas. Níveis altos de cetonas podem envenenar o organismo e levar à cetoacidose e ao coma diabético ou mais grave, à morte (ADA, 2021).

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2019), excluindo os internamentos diários com uma duração inferior a 24 horas, a complicação associada a diabetes que mais levou os portugueses a serem internados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 2018 foi a cetoacidose (26%), seguindo-se as alterações circulatórias periféricas com 16%. Outras razões, com menos impacto, foram a hiperosmolaridade, o coma diabético, as manifestações renais, as manifestações

oftálmicas, e as manifestações neurológicas. Ainda excluindo os casos diários de internamentos, desde 2009 até 2018, o número de internamentos por ano diminuiu em, sensivelmente, 51%.

Se incluirmos os casos diários de internamento, a complicação que mais levou a internamentos nos hospitais do SNS em 2018 foram as manifestações oftálmicas com 83%. É possível verificar que as percentagens oscilam desde 2009 para 2018, pois em 2009 a cetoacidose era responsável por 16% dos internamentos, enquanto que em 2018 foi apenas responsável por 3%. O número de internamentos no geral desde 2009 até 2018 triplicou, se incluirmos os casos diários de internamento (Relatório Anual do OND, 2019).

2.1.1. Incidências e Prevalências Mundial e Nacional

Mundialmente, segundo a International Diabetes Federation (IDF) (2021), é estimado que existem 536.6 milhões de pessoas com Diabetes entre os 18 e os 79 anos o que corresponde a uma prevalência de 10.5%. Foi ainda estimado que, pelo ano 2045, este número suba para 783.2 milhões de pessoas na mesma faixa etária (prevalência de 12.2%). De acordo com a IDF (2021), 6.7 milhões de adultos entre os 20 e os 79 anos faleceram devido a causas relacionadas com a diabetes, correspondendo a 12,2% da mortalidade global nesta faixa etária.

Em Portugal, o último Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes acessível (2019), aponta que, em 2018, a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,6%: mais de 1 milhão de portugueses nesta faixa etária tem Diabetes. O impacto do envelhecimento desta estrutura etária (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,9 pontos percentuais da taxa de prevalência entre 2009 e 2018 (OND, 2019). Nos dados correspondentes à prevalência da Diabetes em 2018, 56% dos indivíduos já tinham sido diagnosticados com a doença, enquanto que os outros 44% ainda não tinham sido diagnosticados (OND, 2019).

O mesmo relatório aponta que 41,6% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos, tem Diabetes ou Hiperglicemia Intermédia (Pré-Diabetes), que corresponde a um número perto de 3,2 milhões de pessoas (OND, 2019). A Hiperglicemia Intermédia, ou Pré-Diabetes corresponde a um estado em que a glicemia encontra-se alta (acima de 110

mg/dl) mas não o suficiente para realizar o diagnóstico de Diabetes, que normalmente é um valor de >200 mg/dl em qualquer altura do dia (APDP, 2019).

No que diz respeito à mortalidade por Diabetes em território nacional, 3.8% do número total de óbitos no ano de 2018 correspondia a complicações derivadas à Diabetes Mellitus (4305 pessoas). No ano seguinte, segundo o Pordata (2021), essa percentagem diminuiu para 3.4%, um número que tem vindo a decrescer desde 2013 (que teve uma proporção de 4,3%).

2.2. Diabetes Tipo 1

Como foi possível aferir anteriormente, a Diabetes Tipo 1 é o tipo que não provém propriamente de mau hábito alimentar ou de saúde ao longo da vida.

Segundo Alberti & Zimmet (1998), a patogénese da Diabetes Tipo 1 resulta de uma destruição auto-imune das células β do pâncreas, responsáveis pela secreção de insulina. Consequentemente, o metabolismo de hidratos de carbono e gorduras torna-se anormal dada a ausência/ação deficiente da insulina. Essa destruição pode ser variável sendo rápida em alguns pacientes ou mais lenta noutros. Os autores sublinham que, normalmente a destruição acelerada é mais comum nas crianças (também podendo acontecer com adultos) e que a destruição lenta de maneira progressiva ocorre mais vezes em adultos e que é referida como “Diabetes autoimune latente” (LADA) (Alberti & Zimmet, 1998).

Contudo, segundo Atkinson et al. (2014), outra hipótese a considerar é que, em pacientes de longa data, o pâncreas é inapto na criação de células produtoras de insulina e as restantes células β são incapazes de regeneração (Atkinson, et al., 2014). A consequência direta deste metabolismo mal realizado, dada a ausência ou ação anormal da insulina, são os níveis de glicemia substancialmente elevados, o que acarreta o aparecimento de sintomas. Os sintomas principais da Diabetes são: sede, perda de peso, cansaço ou visão turva. Em situações mais graves, vimos que a cetoacidose é capaz de ser das complicações mais perigosas que a diabetes pode trazer e pode levar a um coma diabético que, se mal tratado, pode conduzir à morte (Alberti & Zimmet, 1998).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2011), o diagnóstico da Diabetes Mellitus é feito de acordo com os seguintes parâmetros:

- Glicemia de jejum maior ou igual que 126 mg/dl (ou maior ou igual que 7,0 mmol/l); ou
- Sintomas clássicos (sede, perda de peso) + glicemia ocasional maior ou igual a 200 mg/dl ou
- Glicemia maior ou igual a 200 mg/dl às 2 horas na prova de tolerância à glicose oral;
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c = dado correspondente às concentrações de glucose no sangue nos últimos 3 meses) maior ou igual que 6,5%.

Efetuada o diagnóstico, a insulinoterapia passa a ser indispensável ao metabolismo dos hidratos de carbono e ao tratamento para a sobrevivência de uma pessoa com diabetes. Contudo, segundo Silverstein et. al (2005), é bastante normal numa criança/jovem depois de diagnosticada, que nos primeiros tempos após ter começado a insulinoterapia que entre numa fase chamada de “Lua-de-mel”, isto é que se verifique um aumento da produção de insulina, ou a ação das reservas de insulina guardadas no pâncreas. Consequentemente, as necessidades consideradas normais de unidades de insulina podem descer e os sujeitos apenas precisarem de quantidades mínimas de insulina rápida ou insulina lenta. Porém, a destruição das células β não pára e a necessidade de aumentar as unidades de insulina vai aparecendo progressivamente ao longo do tempo novamente (Silverstein, et. al, 2005).

Segundo Barkai & Lukács (2013), o tipo de insulinoterapia mais usado é o regime de injeções diárias intercaladas entre insulina de ação rápida às refeições e a insulina de ação basal, de 12 em 12h ou 24h em 24h. Contudo existe ainda uma alternativa mais tecnológica que é a bomba de insulina, terapia que se baseia na infusão subcutânea contínua de insulina. Qualquer que seja o tipo de insulinoterapia, as doses aplicadas diferem de pessoa para pessoa, consoante a fase da doença por que estejam a passar, o peso, a idade, ou o estado de puberdade (Silverstein, et. al, 2005).

Como foi possível aferir anteriormente, os hidratos de carbono têm impacto direto nos níveis de glucose no sangue, pois os mesmos decompõem-se em glicose para abastecer as células e, posteriormente, a insulina fazer efeito, não deixando os níveis aumentarem demasiado e produzindo a energia necessária do ser humano através dessas células (ADA, 2022). Portanto, as pessoas com diabetes, não possuindo a produção e ação da insulina, fica-lhes a faltar essa parte do processo metabólico surgindo a necessidade de compensar com insulina externa às quantidades de hidratos de carbono ingeridas.

Os pacientes que realizem a sua insulinoterapia através das canetas de insulina possuem dois tipos de insulina: a insulina de ação rápida, e a insulina de ação basal que dura 24 horas:

A insulina de Ação Rápida: este tipo de insulina é usado para colmatar o metabolismo dos hidratos de carbono ingeridos numa refeição como o almoço, lanche ou jantar e tem um efeito médio de até 2 horas, não sendo recomendado corrigir os valores glicémicos com insulina de ação rápida antes de passarem 2 horas após a toma. Normalmente, nas refeições, é contabilizada a quantidade de hidratos e dosear as unidades de insulina consoante esses mesmos hidratos. Fazendo isso, a pessoa está a usar o ratio insulina-

hidratos de carbono (que é diferente de pessoa para pessoa) para controlar o açúcar no sangue depois de comer (ADA, 2022);

A insulina Basal: A insulina basal é normalmente aplicada uma vez por dia, tendo uma duração no organismo de 24 horas e sendo libertada constantemente ao longo desta duração, de modo a estabilizar os níveis glicémicos do paciente (IDF, 2020).

A outra alternativa às injeções diárias com as canetas é a infusão subcutânea contínua de insulina, através da chamada “Bomba de insulina”. A bomba de insulina usa somente insulina de ação rápida, solta em pequenas doses ao longo do dia-a-dia, proporcionando portanto uma maior aproximação ao que é a insulina plasmática normal (Sullivan-Bolyai et. al, 2004).

Quanto às incidências mundiais e nacionais da Diabetes Tipo 1 (DT1) os casos estão a aumentar consideravelmente ano após ano e, atualmente, existem 1,211,900 crianças e adolescentes com menos de 20 anos com Diabetes Tipo 1 no mundo inteiro (IDF, 2021). Segundo Mobasser, Shirmohammadi, Amiri, Vahed, Fard & Ghojzadeh (2020), existem 15 pessoas com Diabetes Tipo 1 em cada 100,000, e a prevalência da doença foi de 9,5% no mundo nesse ano. No que toca ao número de pessoas com Diabetes Tipo 1 em Portugal, não é possível chegar a um número concreto pois não existe um registo nacional de pessoas com DT1 feito pela Direção-Geral de Saúde ou Ministério da Saúde. Contudo, devido a uma petição com mais de 4000 assinaturas realizada pela Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), os projetos de resolução apresentados pelos partidos BE, PCP, PEV e PAN recomendam ao governo a criação deste registo e os partidos representados na Assembleia da República já concordaram em Outubro de 2021 na importância da criação do mesmo (Lusa, 2021). Contudo, ainda não foi criado qualquer registo até ao momento (maio de 2022).

2.2.1. Qualidade de Vida e Gestão da doença da Pessoa com DT1

A WHO (2012), define a Qualidade de Vida (QDV) como ambígua e dependente da perceção individual da sua posição na vida dentro do contexto cultural em que se está inserido. Esta perceção está em direta relação às expetativas, padrões e preocupações (WHO, 2012).

O autor Ribeiro (1994, p. 180) menciona que para uns, a QDV expressa-se pela quantidade de bens materiais, para outros dos bens espirituais, baseada na opinião do

próprio indivíduo. Contudo, algo que está diretamente relacionado com o conceito de QDV é a saúde, para Ribeiro (1994), um dos domínios fundamentais para a QDV.

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QDVRS) refere-se à qualidade de vida que está dependente das doenças das pessoas, analisando a influência da mesma na referida qualidade de vida (Ribeiro, 1994). Segundo Spilker (1993), citado por Ribeiro (1994), a relação entre a intervenção médica tradicional e a QDV tem aspetos importantes a considerar: os aspetos do tratamento de uma doença incluídos na intervenção médica são filtrados pelos julgamentos, crenças e valores do doente, com base no seu estado e capacidade físicas, bem-estar psicológico, funcionamento social e estatuto económico, um filtro criado unicamente pela perceção do sujeito relativo à sua QDV.

De acordo com a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) (1992), uma doença crónica representa sempre angústia e preocupação, mesmo quando o indivíduo aceita a doença de forma adequada e se integra no seu ambiente social, e a diabetes não é exceção. O peso que a diabetes representa é suportada de maneira diferente de paciente para paciente, de acordo com o lugar que a doença ocupa na economia geral do mesmo: quanto mais sólido for o funcionamento mental e emocional do sujeito, a doença será mais assumida e circunscrita; contudo, se esse não for o caso, a assunção da doença torna-se difícil, sendo vivida como invasora, podendo levar a um desequilíbrio somático e acelerar complicações graves relacionadas com a diabetes (APDP, 1992).

Segundo Rubin & Peyrot (1999), pessoas com diabetes são desafiadas a gerir a doença o dia inteiro, durante todos os dias para tentar encontrar um metabolismo próximo de alguém que não seja diabético. O custo psicossocial de viver com a diabetes é pesado e pode, por sua vez, afetar a maneira como os pacientes lidam e gerem o tratamento, podendo afetar a qualidade de vida e aumentar o risco de desenvolver complicações a longo prazo (Rubin & Peyrot, 1999).

De acordo com Malik & Koot (2009), o diagnóstico da Diabetes Tipo 1 pode criar efeitos adversos, como o stress, devido ao fardo repentino de testagem de glicemia constante e as múltiplas injeções no dia-a-dia. Esse stress pode também estar relacionado com o trauma emocional de ter sido diagnosticado com uma doença que, se mal gerida, provoca algum risco de vida, com a gestão da doença e os medos que o sujeito possa ter relacionados com a doença (Malik & Koot, 2009, p. 778).

Segundo a APDP (1992), não existe um “perfil psicológico do diabético”, contudo, é verificável, devido à inadaptação ao tratamento, uma tendência para depressões, nomeadamente nos mais jovens. Os autores Rubin & Peyrot (1999) também

apontam na mesma direção, afirmando que um certo número de estudos sugere que pessoas com diabetes têm níveis mais altos de distúrbios psicológicos, depressão ou sintomas depressivos do que o normal no conjunto da população. Esta tendência pode levar a situações de irritabilidade ou agressividade, o que também não facilita no controle da glicemia, pois, geralmente, a tensão nervosa implica um aumento desta (APDP, 1992). De acordo com Malik, J.A., & Koot, H. M. (2009), o stress relacionado com diabetes tem um impacto forte na qualidade de vida do paciente e no seu bem-estar geral. Este stress media, no total, a relação entre a auto-estima e o bem estar do paciente e, em parte, a relação entre o apoio social geral e o seu bem-estar (Malik, J.A., & Koot, H. M., 2009).

Um estudo realizado por Fagulha, Santos & Grupo de Estudo da Diabetes Mellitus (2004), com o objetivo de investigar o controlo glicémico das pessoas com diabetes, a prevalência das complicações e as modalidades de tratamento de Diabéticos Tipo 1, verificou que a grande maioria das pessoas com DT1, apesar de serem seguidos e orientados em consultas diferenciadas, possuem um mau controlo metabólico, não dando muita importância aos valores das suas glicemias no seu quotidiano. Segundo Ribeiro (1994), alguns especialistas afirmam que basta informar as pessoas sobre os malefícios de determinados comportamentos relacionados com a sua saúde para que elas os mudem. Contudo, esta mudança comportamental depende dos traços de personalidade do sujeito. Um estudo realizado por Williams et al. (2009), realizado de modo a aplicar o modelo SDT de comportamento de saúde para prever a adesão à medicação, qualidade de vida e resultados fisiológicos entre pessoas com diabetes, indica que a autorregulação e competência estão associados com QDV e a maior controlo glicémico nas pessoas com diabetes. Os resultados deste estudo apontam que estratégias específicas para melhorar a autorregulação médica e competência percebida podem ajudar a melhorar a aderência à medicação diabética e à QDV do paciente e, conseqüentemente, resultados futuros melhores no que concerne à Diabetes (Williams et al., 2009).

2.2.2. Aspectos dos Tratamentos

Segundo Rubin & Peyrot (1999), o tipo de diabetes está associado com a qualidade de vida das pessoas, porém as diferenças estão relacionadas com o tratamento em si, e não ao tipo de diabetes. Segundo Jacobson, A.M., Groot, M., & Samson, J.A., (1994), pessoas com DT2 apresentaram uma melhor qualidade de vida que as pessoas com DT1, menos impacto da doença na sua vida, e melhor funcionamento social.

Como se pode perceber após a contextualização anterior, as pessoas com Diabetes Tipo 1 deixam, de modo drástico, a insulina para trás, enquanto que os pacientes com Tipo 2 ainda podem lidar com alguma (má) secreção e/ou ação da insulina. Em consequência, a DT1 exige um maior rigor na gestão da glicemia no dia-a-dia da pessoa no que toca a conseguir estabilizar a mesma nos intervalos supostos de modo a evitar complicações de saúde. Os pacientes, como vimos, têm duas opções de insulino terapia: as canetas, ou as bombas de insulina.

Segundo Churchill, Ruppe & Smaldone (2009), as evidências atuais demonstram que a insulino terapia através da bomba tem mais vantagens sobre a insulino terapia através das canetas nas crianças com DT1. Os mesmos autores indicam que com as canetas é mais provável que aconteçam hipoglicemias (episódios de perigosos baixos níveis de açúcar no sangue) devido aos efeitos máximos da insulina. Por outro lado, com a bomba, é mais fácil realizar a dosagem da insulina de acordo com a ingestão calórica de hidratos de carbono e quando existe uma elevação nos níveis de açúcar no sangue é possível controlar com uma dosagem pequena em vez de uma injeção extra de caneta (Churchill, Ruppe & Smaldone, 2009). Um estudo realizado por Barkai & Lukács (2013), também chegou à conclusão após os resultados, de que os pacientes que optam pelo regime da bomba de insulina possuem uma melhor QDQRS.

Outro estudo realizado por Bolyai et. al (2004), com o objetivo de aferir as reflexões dos pais que gerem a diabetes dos seus filhos com bombas de insulina conseguiu concluir que esses pais se sentiram mais seguros e com menos preocupações gerais, por exemplo com hipoglicemias, mais seguros do bem-estar dos filhos quando não estão com eles, e mais facilidade na gestão da diabetes. O estudo concluiu, ainda, que as crianças usufruíam de bem-estar melhor e com maior concentração escolar: fatores que afetam positivamente as suas vidas (Bolyai, et. al, 2004).

2.2.3. Hipoglicemias

Algo que ainda preocupa o bem-estar das pessoas com diabetes, e pode afetar o seu controlo glicémico são as hipoglicemias (Oyer, 2013). Ainda que a Diabetes seja uma doença caracterizada pelas hiperglicemias, a insulino terapia pode resultar em episódios de hipoglicemia (Oyer, 2013). As hipoglicemias são episódios de baixos níveis anormais de glucose no sangue (<70 mg/dl) que, quando severos, podem ter consequências graves (ADA, 2005). Estes episódios severos podem levar a desmaios, comas diabéticos, ou mais grave, mortes, e, portanto, é necessário a ajuda de outro indivíduo nos episódios mais

críticos. Segundo Oyer (2013), cerca de 2% a 4% de pacientes que fazem insulino-terapia por terem diabetes morrem de hipoglicemias. Hipoglicemias podem acontecer ou por uma dosagem maior de insulina por engano, por se saltar refeições ou se fazer mais exercício físico que o normal, entre outras causas (Rath, 2020).

Segundo Oyer (2013), um dos maiores desafios para as pessoas diabéticas é conseguirem ter o máximo controlo possível da sua glicemia de modo a evitar hipoglicemias noturnas. Cerca de 43% dos episódios de hipoglicemia acontecem durante o sono, o que pode ser imensamente perigoso, pois as pessoas podem não acordar e entrarem em coma, convulsões, arritmia cardíaca ou morte (Oyer, 2013). O autor adiciona ainda que, verificados estes episódios, as pessoas podem ter o humor prejudicado devido aos distúrbios do sono (Oyer, 2013), afetando, portanto, a QDVRS.

Concluindo, experienciar hipoglicemias é um dos maiores medos das pessoas com diabetes (Unger, J. & Parkin, C., 2015), e pode ser um fator condicionante no tratamento do diabético (Esteves, C., Neves, C. & Carvalho, D., 2012), que pode causar complicações a longo prazo. Segundo Oyer (2013), experienciar hipoglicemias pode ter um peso psicológico perigoso para o paciente diabético, levando o mesmo a ter medo de hipoglicemias e a criar sentimentos de culpa e níveis maiores de ansiedade. Consequentemente os pacientes podem ficar reticentes em ajustar os *ratios* de insulina dado o medo, resultando em hiperglicemia crónica e as suas complicações a longo prazo (Oyer, 2013).

2.2.4. Monitorização da Glicemia

No que toca à monitorização da glicemia, as pessoas com diabetes têm vivido notórias evoluções no que toca a dispositivos que permitem essa monitorização. O que em tempos só era possível com a picada no dedo, hoje em dia é possível através de sensores CGM (*Continuous Glucose Monitoring*): estes dispositivos, minimamente invasivos, medem a glicose no líquido intersticial subcutâneo a cada 1-5 minutos sem ter que picar o dedo (Rewers, et. al, 2014). Através destes dispositivos, os pacientes ganham ainda a possibilidade de evitar hipoglicemias, através de alarmes definidos a tocar quando a glicose estiver abaixo de um valor predeterminado pelo sujeito ou com uma rápida descida de glicose no líquido intersticial (Rewers, et. al, 2014). Estes dispositivos vieram, portanto, melhorar a QDV das pessoas com diabetes sem terem que sentir o constrangimento e “mau jeito” de terem que picar o dedo enquanto estão no seu dia-a-dia.

2.2.5. Constrangimentos das pessoas com Diabetes

Um dos constrangimentos talvez mais burocráticos que as pessoas com diabetes possam ter que passar, em termos de estilo de vida, passa também pelos créditos bancários. Muitas vezes, bancos, financeiras ou seguradoras pedem o acesso a informação médica relativa à situação clínica do sujeito em questão e sobem o preço do prémio com o argumento de risco (Catarino, 2021). Contudo, foi proposto um projeto de lei do Partido Socialista (OS), aprovado em maio de 2021, que impedia a discriminação de doentes que tiveram doenças graves, como cancro, no acesso a créditos de habitação e seguros de vida. No entanto, a medida estendeu-se a outros doentes crónicos como pessoas com diabetes, VIH e hepatite C (APDP, 2021).

Passado já um ano desde a aprovação do projeto-lei, as pessoas com diabetes/VIH/cancro/hepatite C continuam a ser discriminadas no acesso a créditos bancários pelo agravamento dos prémios ou exclusão de hipóteses nos seguros de vida (Costa, 2022). De acordo com a lei, o Governo tem o prazo de um ano para regulamentar o direito ao esquecimento, e ainda falta chegar a um acordo entre a Banca, as seguradoras e as associações de doentes, bem como ser regulamentada uma grelha de referência com as patologias (Costa, 2022).

3. PROJETO

3.1. Justificação e Objetivo

Como cada vez é uma questão mais atual e visível, através do aumento do número de pessoas com Diabetes (nomeadamente o Tipo 2) na sociedade portuguesa, e como é uma questão bastante pessoal, decidi abordar este tema para o meu projeto final de Mestrado em Audiovisual e Multimédia. O objetivo central deste trabalho é, através do documentarismo, exhibir a gestão diária e a qualidade de vida de uma pessoa com Diabetes Tipo 1. Como referi, é uma questão bastante pessoal, pois sou uma pessoa com Diabetes Tipo 1 e o conhecimento interpares é algo que auxilia a aceitação, olhar para nós próprios tal como somos, de modo a que possamos olhar para o futuro com uma visão clara e positiva, e não com uma visão ditada pelo medo. Como tal, tornou-se objetivo do projeto em estabelecer esse contacto com outras pessoas com diabetes, para que possam ver e ouvir outras pessoas a contarem as suas histórias e relações com a doença, de modo a que não se sintam sozinhas na luta diária que milhões de pessoas enfrentam, e sintam-se representadas e encorajadas. A Diabetes é uma doença que, se bem gerida, não tem complicações a longo prazo, porém, para haver uma boa gestão, é necessário existir um bom ajuste e aceitação da doença na vida do sujeito.

O documentário tem ainda como objetivo secundário de educar o grande público sobre uma doença com que muitos não estão familiarizados, de modo a que possam saber lidar com uma emergência que ocorra em espaço público.

3.2. Desenvolvimento do Projeto

Este projeto foi dividido entre três fases: a primeira fase baseou-se no estudo de base teórica sobre o documentarismo, a história do mesmo e os diferentes métodos e técnicas dos diferentes tipos existentes do cinema documental. Também contou com o estudo de aspetos essenciais sobre o tema: a Diabetes, os diferentes tipos existentes, as terapias, os medos das pessoas com diabetes no seu dia-a-dia e os distintos constrangimentos que essas mesmas pessoas experimentam. O objetivo principal desta primeira fase foi o de conseguir consolidar a informação necessária para que pudesse refletir num modo global sobre este tema e assim, perceber como iria estruturar o meu projeto de documentário.

Na segunda fase do projeto, foquei-me em pensar que métodos e técnicas de documentarismo ia usar: como o objetivo principal do documentário é fazer ver as histórias do quotidiano das pessoas com Diabetes Tipo 1, para que não só o cidadão comum passasse a perceber a complexidade dos hábitos destas pessoas, mas também para as pessoas com diabetes terem um contacto com histórias de diferentes pessoas sobre a mesma doença, refleti sobre a tipologia de documentarismo criada por Bill Nichols (2001) e concluí que o “Modo Expositivo” foi o que mais sentido fez para o projeto. Falo de abordagens como a adoção da lógica informativa, em que as imagens funcionam como que legendas visuais, adotando a “Voz-de-Deus” e possuindo um quadro mais retórico e menos estético. De igual modo e devido ao facto de que o meu documentário sublinha as complexidades do conhecimento sobre o mundo (neste caso do quotidiano das pessoas com DT1) e também devido ao facto de ter a participação de diversos intervenientes, pode-se dizer que o documentário tem traços do “Modo Performativo” e do “Modo Participativo”, respetivamente. Contudo, o modo principal em que o documentário se alia, é o “Modo Expositivo”.

Ainda na segunda fase do projeto, defini logo que pessoas queria entrevistar e que seriam centrais no documentário: as pessoas com Diabetes Tipo 1, e o Doutor João Raposo (Médico e Diretor Clínico da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal) que se mostrou disponível a apoiar o projeto e a colocar-me em contacto com mais pessoas de dentro da associação como a Coordenadora do Núcleo Jovem da APDP (Alexandra Costa) e também algumas pessoas com diabetes. Após ter as pessoas escolhidas para o documentário, o passo seguinte foi construir os guiões de entrevistas para cada interveniente, além de conceber uma estrutura para o documentário: decidi começar por uma breve apresentação da doença, seguida da história da APDP e das atividades que a associação cria para as pessoas com Diabetes em Portugal, e depois exibir os relatos do quotidiano das pessoas com Diabetes Tipo 1.

A última fase do projeto, baseou-se na produção do documentário. Começou com os primeiros contactos a serem realizados em abril de 2022, muito importantes para encontrar pessoas com a doença que se sentiam à vontade para contarem as suas histórias em frente a uma câmara. As filmagens das entrevistas decorreram no edifício da APDP, em Lisboa e outras filmagens foram realizadas em diversos exteriores, como no Parque do Jamor, Parque das Nações e Baixa Lisboeta. O documentário foi inteiramente filmado em 4K 24fps 1/50. Foram usadas as lentes 15-45mm e 50mm 1.8 para planos mais fechados.

No que toca à pós-produção do documentário, foi realizado o *color grade* às filmagens que foram filmadas em S-Log2 de modo a conter mais informação visual nos ficheiros, e realizada a montagem de acordo com a estrutura construída previamente. A parte que considerei mais difícil foi o renderizar final do projeto que durou cerca de 48 horas. Não senti que tivesse que realizar qualquer cedência na informação obtida nas entrevistas: o conteúdo ficou como o desejado e pensado.

3.3. Público-Alvo

Dado que um dos objetivos deste projeto foi estabelecer uma relação com as pessoas com a doença, o público-alvo principal são as pessoas que sofrem da doença crónica, de modo a fazê-las sentirem-se incluídas e compreendidas ao tomarem contacto com histórias de outras pessoas (se calhar totalmente diferentes delas) que sofrem dos mesmos medos e preocupações.

Tenho planeado, após a conclusão do Mestrado, ceder o documentário à APDP não só para poder exibir às pessoas com Diabetes, mas também para os recém-diagnosticados, num sentido de os encorajar para a nova fase da vida. Finalmente, viso o cidadão comum para que este possa aprender sobre uma realidade diferente da “normal”.

3.4 Metodologia

Face aos meus objetivos, a realização de um produto documental foi a opção mais viável para os cumprir e rapidamente comecei a trabalhar no processo. A técnica de recolha de informação e análise de documentos foi fulcral para o estudo teórico do documentarismo e de caracterização da Diabetes. A técnica implica a identificação de documentos relevantes como artigos, livros, regulamentos, entre outros. A outra técnica também usada foi a entrevista semi-estruturada, técnica que consiste em colocar várias perguntas suficientemente abertas relativamente ao tema (Quivy & Campenhoudt (1998), e permite um grau de profundidade de informação muito vantajoso. Dado que o objetivo era as pessoas com Diabetes contarem as suas histórias e a relação com a doença, o tipo de entrevista mais adequado foi a semi-estruturada, com perguntas suficientemente abertas para permitirem ao entrevistado elaborar com maior liberdade sobre a sua experiência.

3.5.Considerações Finais

Um dos destaque que valorizo neste trabalho de projeto, foi o facto de ter tido o maior apoio e receptividade por parte da associação de diabetes portuguesa, a mais antiga do mundo, algo gratificante e muito importante para o projeto. O Dr. Raposo é, talvez, uma das pessoas mais ativas em Portugal no que toca à luta a favor das melhores condições para as pessoas com diabetes, revelando-se sempre receptivo nas muitas causas que lhe chegam. Foi, ainda, um médico muito disponível para mim quando fui diagnosticado em 2020 com a doença, mostrando abertura para eu o contactar sempre que precisasse, atitude que imagino que tenha com a generalidade das pessoas que lhe chegam à associação todas as semanas.

Para além do Núcleo Jovem da APDP que mostro no documentário, existe também em Portugal a Associação de Jovens Diabéticos de Portugal (AJDP) que também realiza inúmeras iniciativas (colónias de férias, caminhadas, iniciativas no dia da diabetes, entre outras) com jovens diabéticos, contribuindo para o interconhecimento e a partilha entre pares.

É importante realçar que, apesar de mostrar a realidade vivida das pessoas com diabetes em Portugal, a realidade vivida noutros países - como por exemplo, os Estados Unidos da América (EUA), - é bastante diferente: enquanto que em Portugal todos os cuidados como a insulina, agulhas para as canetas, sensores, tiras de glicose e cetonas, entre outros cuidados, são total ou parcialmente participados pelo estado, os EUA participam inadequadamente estes cuidados vitais para as pessoas com diabetes. Muitas destas pessoas nos EUA não têm a possibilidade de pagar os medicamentos essenciais para viver com esta condição, prejudicando o direito à saúde, criando dificuldades e dívidas financeiras (Human Rights Watch, 2022). A insulina imprescindível à vida das pessoas com diabetes nos EUA pode custar \$300 por um único frasco, ultrapassando facilmente a barreira dos \$1000 por mês, caso não exista um seguro de saúde apropriado (Human Rights Watch, 2022). É nestes aspetos que é possível observar que as prioridades, de acordo com o contexto nacional, são diferentes: enquanto que nos EUA se luta a favor da existência de um sistema de saúde que facilite as condições essenciais à vida de cada ser humano, Portugal está mais à frente nesse capítulo.

Contudo, ainda existe algum caminho a percorrer: atualmente em Portugal, como se viu no documentário e anteriormente no capítulo 2, a luta passa pela existência de um registo nacional das pessoas com diabetes tipo 1, com o objetivo de poder estudar as melhores condições possíveis, ajustadas a estas pessoas. Recentemente foi também criada

uma petição pública pelo acesso aos sistemas híbridos de perfusão subcutânea contínua de insulina (bombas de insulina), na procura pela qualidade de vida das pessoas com Diabetes tipo 1. Apesar do sistema de bombas já existir em Portugal, implica um custo incompatível para muitas famílias e é o dispositivo que mais se assemelha com um pâncreas artificial.

Como estou tecnicamente familiarizado com pequenas produções e pós-produções audiovisuais dado a ser a minha área de trabalho, o desenvolvimento do projeto foi algo que fluiu de modo suave, sem grandes impasses. O facto de ter realizado previamente o estudo teórico necessário para o projeto, ajudou imenso a definir com rigor os objetivos pretendidos bem como as ideias centrais para o documentário. As conversas com os intervenientes foram igualmente importantes não só para o conteúdo, mas também para mim pessoalmente, enquanto pessoa com diabetes: conhecer diferentes realidades de pessoas com diabetes cria uma visão viva na nossa mente, de que somos capazes de tudo, tal como uma pessoa sem a patologia, que é exatamente o que quero que o meu público sintam.

O desafio maior com que lidei foi na pós-produção, em que teve que ser feita uma revisão do conteúdo rodado e escolher o material mais indicado ao projeto, incluindo a grande quantidade de informação adicional obtida em entrevistas semi-estruturadas. Apesar de tudo, tive a felicidade dos testemunhos terem resultado em relatos que espelham bem o que é a vida com a diabetes, que era precisamente o meu objetivo inicial. Para além de contribuir para os jovens e pessoas com diabetes, um documentário onde conseguem ver e conhecer diversas formas de relação com a doença, o mesmo deverá causar um efeito de sensibilização no espetador comum, não portador, de modo a que se aperceba desta realidade, para muitos desconhecida.

Referências Bibliográficas

Alberti, K. G., & Zimmet, P. Z. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 15(7), 539–553. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9136\(199807\)15:7<539::AID-DIA668>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9136(199807)15:7<539::AID-DIA668>3.0.CO;2-S) [Acedido em dezembro 11, 2021]

American Diabetes Association (2022). *Carb Counting and Diabetes*. Disponível em <https://www.diabetes.org/healthy-living/recipes-nutrition/understanding-carbs/carb-counting-and-diabetes> [Acedido em maio 10, 2022]

American Diabetes Association (2021). *Diabetes Complications*. Disponível em <https://www.diabetes.org/diabetes/complications> [Acedido em dezembro 13, 2021]

American Diabetes Association (2021). *Foot Complications*. Disponível em <https://www.diabetes.org/diabetes/complications/foot-complications> [Acedido em dezembro 13, 2021]

American Diabetes Association (2021). *Hypoglycemia (Low Blood sugar)*. Disponível em <https://www.diabetes.org/healthy-living/medication-treatments/blood-glucose-testing-and-control/hypoglycemia> [Acedido em dezembro 16, 2021]

American Diabetes Association (2021). *Kidney Disease (Nephropathy)*. Disponível em <https://www.diabetes.org/diabetes/chronic-kidney-disease> [Acedido em dezembro 13, 2021]

American Diabetes Association (2021). *Neuropathy*. Disponível em <https://www.diabetes.org/diabetes/complications/neuropathy> [Acedido em dezembro 13, 2021]

American Diabetes Association (2021). *Peripheral Neuropathy*. Disponível em <https://www.diabetes.org/diabetes/complications/neuropathy/peripheral-neuropathy>

[Acedido em dezembro 13, 2021]

American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia (2005). Defining and reporting hypoglycemia in diabetes: a report from the American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia. *Diabetes care*, 28(5), 1245–1249.

<https://doi.org/10.2337/diacare.28.5.1245> [Acedido em dezembro 14, 2021]

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2019). *A Hiperglicemia intermédia é um aviso da Diabetes*. Disponível em <https://apdp.pt/noticias/a-hiperglicemia-intermedia-e-um-aviso-da-diabetes/> [Acedido em dezembro 12, 2021].

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2021). *Inclusão de pessoas com diabetes na lei de direito ao esquecimento*. Disponível em <https://apdp.pt/noticias/inclusao-de-pessoas-com-diabetes-na-lei-de-direito-ao-esquecimento/> [Acedido em junho 20, 2022]

Atkinson, M.A., Eisenbarth, G.s., & Michels, A.W. (2014). Type 1 diabetes. *Lancet* (London, England), 383(9911), 69-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60591-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60591-7) [Acedido em dezembro 9, 2021]

Aufderheide, P. (2007). *Documentary Film: A Very Short Introduction*. Nova Iorque: Oxford University Press.

Catarino, D. (2021). Direito ao esquecimento inclui quem tem VIH, diabetes e hepatite C. *Doutor Finanças*. Disponível em <https://www.doutorfinancas.pt/seguros/direito-ao-esquecimento-inclui-quem-tem-vih-diabetes-e-hepatite-c/> [Acedido em junho 20, 2022]

Churchill, J. N., Ruppe, R. L., & Smaldone, A. (2009). Use of continuous insulin infusion pumps in young children with type 1 diabetes: a systematic review. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 23(3), 173–179.

<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2008.07.002>

Costa, R. N. (2022). Diabéticos e sobreviventes de cancro sem acesso a seguros de vida e a créditos. *Jornal de Notícias*. Disponível em <https://www.jn.pt/nacional/diabeticos-e-sobreviventes-de-cancro-sem-acesso-a-seguros-de-vida-e-a-creditos-14902293.html> [Acedido em junho 20, 2022]

Direção-Geral da Saúde (2011). Norma: Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf> [Acedido em março 18, 2022];

Fagulha, A., Santos, I. & Grupo de Estudo da Diabetes Mellitus (2004). Controlo Glicémico e Tratamento da Diabetes Tipo 1 da Criança e Adolescente em Portugal. Disponível em <https://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/31?locale=en> [Acedido em março 24, 2022]

Finneran, P. (s.d.). Documentary Impact: Social Change Through Storytelling. *Hotdocs*. Disponível em https://s3.amazonaws.com/assets.hotdocs.ca/doc/HD14_Documentary_Impact_Report.PDF [Acedido em dezembro 2, 2021]

Human Rights Watch. (2022). “If I’m Out of Insulin, I’m Going to Die”. Disponível em <https://www.hrw.org/report/2022/04/12/if-im-out-insulin-im-going-die/united-states-lack-regulation-fuels-crisis> [Acedido em setembro 22, 2022]

International Diabetes Federation (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.).

International Diabetes Federation (2020). *Type 1 diabetes*. Disponível em <https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-1-diabetes.html> [Acedido em maio 13, 2022]

Jacobson, A.M., Groot, M., & Samson, J.A. (1994). The Evaluation of Two Measures of Quality of life in Patients With Type I and Type II Diabetes. *Diabetes Care*. 17(4). DOI: [10.2337/diacare.17.4.267](https://doi.org/10.2337/diacare.17.4.267) [Acedido em dezembro 18, 2021]

Lawton, A. (1978). Rhythmic Montage in the Films of Dziga Vertov: A Poetic Use of the Language of Cinema. *Pacific Coast Philology* (13, pp. 44-50). DOI: 10.2307/1316363 [Acedido em janeiro 17, 2022]

Lee, J., & Pilch, P. F. (1994). The insulin receptor: structure, function, and signaling. *The American journal of physiology*, 266(2 Pt 1), C319–C334. <https://doi.org/10.1152/ajpcell.1994.266.2.C319> [Acedido em dezembro 11, 2021]

Lukács, A., Varga, B., Kiss-Tóth, E., Soós, A., & Barkai, L. (2014). Factors influencing the diabetes-specific health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 18(3), 253–260. <https://doi.org/10.1177/1367493513486964>

Lusa (2021). Partidos coincidem na importância de criação de registo nacional de diabetes. *Público*. Disponível em: <https://observador.pt/2021/10/06/partidos-coincidem-na-importancia-de-criacao-de-registo-nacional-de-diabetes/> [Consultado em dezembro 16, 2021]

Malik, J. A., & Koot, H. M. (2009). Explaining the adjustment of adolescents with type 1 diabetes: role of diabetes-specific and psychosocial factors. *Diabetes care*, 32(5), 774–779. Disponível em <https://doi.org/10.2337/dc08-1306> [Acedido em dezembro 20, 2021].

Mascarello, F. (2006). *História do cinema mundial*. Campinas, São Paulo: Papyrus Editora.

Michelson, A. (1984). *Kino-Eye: The Writings of Dziga Vertov*. California: University of California Press.

Mobasser, M., Shirmohammadi, M., Amiri, T., Vahed, N., Hosseini Fard, H., & Ghojzadeh, M. (2020). Prevalence and incidence of type 1 diabetes in the world: a

systematic review and meta-analysis. *Health promotion perspectives*, 10(2), 98–115.
<https://doi.org/10.34172/hpp.2020.18> [Acedido em dezembro 11, 2021]

Nichols, B. (2001). *Introduction to Documentary* (2nd ed.). Indiana: Indiana University Press.

Orenstein, D. (1989). The Vision of Robert Flaherty, The Artist as Myth and Filmmaker. *Visual Anthropology Review*, 5(2). DOI: 10.1525/var.1989.5.2.33.
[Acedido em janeiro 17, 2022].

Oyer, D. S. (2013). The Science of Hypoglycemia in Patients with Diabetes. *Current Diabetes Reviews*, 9(3), 195- 208. DOI: 10.2174/157339981130999990059. [Acedido em dezembro 17, 2021].

Penafria, M. (2001). O ponto de vista no filme documentário. Bocc, *Biblioteca online de ciências da comunicação*. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/penafria-manuela-ponto-vista-doc.pdf> [Consultado a 17 novembro 2021].

Penafria, M. (1999). Perspectivas de desenvolvimento para o documentarismo. Bocc. *Biblioteca de ciências de comunicação*. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/penafria-perspectivas-documentarismo.pdf> [Consultado a 17 novembro 2021].

Pordata (2021). Óbitos por algumas causas de morte (%). Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela> [Acedido em março 9, 2022].

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998) *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Gradiva.

Rath, L. (2020, maio 7). The Link Between Low Blood Sugar and Anxiety. *WebMD*. Disponível em: <https://www.webmd.com/diabetes/low-blood-sugar-anxiety-link> [Consultado em dezembro 19, 2021].

Rewers, M., Pihoker, C., Donaghue, K., Hanas, R., Swift, P., Klingensmith, G. J., & International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISBAD) (2007). Assessment and monitoring of glycemic control in children and adolescents with diabetes. *Pediatric diabetes*, 8(6), 408–418. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2007.00352.x>

Ribeiro, J. P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*. 2(12), 179-191. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/285367775_A_Importancia_da_Qualidade_de_Vida_para_a_Psicologia_da_Saude_The_importance_of_Quality_of_life_to_Health_Psychology [Acedido em dezembro 17, 2021].

Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 15(3), 205–218. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-7560\(199905/06\)15:3<205::aid-dmrr29>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-7560(199905/06)15:3<205::aid-dmrr29>3.0.co;2-o) [Acedido em dezembro 19, 2021].

Segalás, A. T. N. (2011). *Estudo da Prevalência da Retinopatia Diabética e dos Factores de Risco Associados, numa População de Diabéticos Tipo 2 seguidos numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários no Distrito de Lisboa*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa, FML-UL, Lisboa, Portugal.

Serafim, J. F. (2014). *Representação da doença no cinema documentário autobiográfico*. Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., Deeb, L., Grey, M., Anderson, B., Holzmeister, L. A., Clark, N., & American Diabetes Association (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 28(1), 186–212. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.1.186>

Sullivan-Bolyai, S., Knafl, K., Tamborlane, W., & Grey, M. (2004). Parents' reflections on managing their children's diabetes with insulin pumps. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 36(4), 316–323. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04058.x>

Unger, J. M. D. & Parkin, C. M. S. (2015). Recognition, Prevention, and Proactive Management of Hypoglycemia in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *Postgraduate Medicine*, 123(4), 71-80. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3810/pgm.2011.07.2306> [Acedido em dezembro 17, 2021].

Williams, G. C., Patrick, H., Niemiec, C. P., Williams, L. K., Divine, G., Lafata, J. E., Heisler, M., Tunceli, K., & Pladevall, M. (2009). Reducing the health risks of diabetes: how self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. *The Diabetes educator*, 35(3), 484–492. <https://doi.org/10.1177/0145721709333856>

World Health Organization (2021). Diabetes. Disponível em https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1 [Acedido em dezembro 9, 2021]

World Health Organization (2012). WHOQOL – User Manual. *Programme on Mental Health*.

(51)