

Ligação entre o *M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module* e a Classificação Internacional de Funcionalidade, para Avaliação de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço

Link between the M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module and the International Classification of Functioning for Head and Neck Cancer Patients Evaluation

Conexión entre el *M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module* y la Clasificación Internacional de Funcionalidad para Evaluación de los Pacientes con Câncer de Cabeza y Cuello

Luciana Castaneda¹, Thiago Camargo², Tiago Plácido³

Resumo

Introdução: O câncer de cabeça e pescoço representa em média 5% de todos os tipos de câncer no Brasil. A prevalência, a intensidade, a percepção da importância e impacto dos sintomas na qualidade de vida e atividades diárias apresentam grande variabilidade entre pacientes. O *M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module* é um instrumento que avalia sintomas. Foi traduzido para a língua portuguesa e fornece uma breve medida dos sintomas do câncer de cabeça e pescoço experimentados pelos pacientes como resultado da sua doença e/ou tratamento. Além dos questionários de qualidade de vida, a Organização Mundial da Saúde preconiza o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade como ferramenta de classificação do estado de saúde. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo estabelecer a ligação entre o *M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module* e a Classificação Internacional de Funcionalidade. **Método:** O processo de *link* foi realizado por dois profissionais fisioterapeutas separadamente e, em caso de divergência entre as categorias encontradas, era solicitada a opinião de um terceiro profissional. **Resultados:** Os resultados apontam para 24 categorias para funções corporais (b), 4 para estruturas corporais (s), 8 para atividades e participação (d), 1 para fatores pessoais e 1 como não definível: atividade e participação. **Conclusão:** Dos 28 itens do questionário, 4 não foram passíveis de ligação com os códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, além disso, foi verificado que o *M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module* tem caráter predominantemente biomédico.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Qualidade de Vida; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

¹Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC) - UFRJ. *E-mail:* lucianacastaneda@yahoo.com.br.

²Fisioterapeuta do Centro Universitário da Cidade (UniverCidade). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* rochacamargo@hotmail.com.

³Especialista em Fisioterapia em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenador da Pós-graduação de Fisioterapia em Oncologia do INCA. Professor Auxiliar da UniverCidade. *E-mail:* tiago.placido@bol.com.br.

Endereço para correspondência: Tiago Plácido. Serviço de Fisioterapia do Hospital do Câncer II – INCA. Rua Equador, 823 - Santo Cristo. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20220-140.

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) inclui os localizados na cavidade oral, orofaringe, nasofaringe e laringe. Apresentam elevada incidência e prevalência representando cerca de 550 mil casos novos e 330 mil óbitos por ano¹. No Brasil, representam em média 5% de todos os tipos de câncer e, dependendo do estágio da doença no momento do tratamento, a mortalidade em cinco anos pode chegar a mais de 50%².

A sintomatologia de maior prevalência em relação aos indivíduos com CCP, nas diferentes terapêuticas empregadas, causa prejuízos, como: secreções, processos inflamatórios na boca e/ou faringe, problemas na mastigação e também na deglutição e xerostomia, que podem cursar ainda com dor e fadiga^{3,4}. Essas deficiências podem ter repercussão negativa na qualidade de vida (QV) e na funcionalidade de pacientes que apresentam CCP e, por isso, demandam a necessidade de reabilitação por uma equipe multidisciplinar⁵.

Nos últimos 30 anos, funcionalidade e QV vêm sendo reconhecidas como importantes medidas de mensuração e planejamento de intervenções em reabilitação. Assim como em outros tipos de câncer, é evidenciado pela literatura que tais medidas são intimamente relacionadas com maior sobrevida, além de serem melhores preditores do que as medidas biomédicas tradicionais⁶.

O *M.D. Anderson Symptom Inventory* (MDASI) é um instrumento para acesso a informações sobre a sintomatologia do câncer. As medidas do questionário contemplam aspectos como: humor, trabalho, relações com outras pessoas, além de informações sobre as atividades de vida diária. No questionário, os efeitos combinados dos sintomas relacionados com a doença ou com o tratamento são avaliados em relação à capacidade funcional de antes do início do evento ou da terapia^{7,8}.

Em relação ao seu preenchimento, O MDASI leva em torno de cinco minutos. Além disso, apresenta características de validade e confiabilidade para mensurar a sintomatologia de pacientes com CCP que têm características diversas e grandes prejuízos no dia a dia⁹. Ademais, o MDASI foi traduzido e validado em diversas línguas e culturas, mostrando-se sensível, válido e confiável^{10,11}. Vale ressaltar que, no Brasil, o questionário está em processo de validação.

A versão para CCP, *M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module* (MDASI-H&N), foi desenvolvida a partir do MDASI-core (instrumento-base genérico), acrescido de nove itens específicos para pacientes com CCP, totalizando 28 itens. Os sintomas são avaliados numa escala de 11 pontos, levando-se em conta os sintomas apresentados nas últimas 24 horas e suas implicações no dia a dia dos pacientes¹². A versão para a língua portuguesa

foi traduzida e é apontada como uma ferramenta útil para clínicos e pesquisadores na identificação da ocorrência de múltiplos sintomas, permitindo seu tratamento precoce e, conseqüentemente, melhora da QV do paciente¹³.

Além dos questionários de QV, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o ano de 2001, preconiza a utilização e aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como ferramenta epidemiológica, de utilização em pesquisas, prática clínica e em políticas sociais. O intuito da ferramenta é proporcionar uma linguagem comum das condições relacionadas à saúde¹⁴.

A CIF baseia-se em uma abordagem biopsicossocial, uma síntese das abordagens médica e social ao processo de incapacidade, em que cada dimensão desse processo (funções e estruturas corporais, atividades e participação) é conceitualizada como uma interação dinâmica entre os fatores intrínsecos ao indivíduo e o seu ambiente físico e social (fatores ambientais)¹⁵, apresentados em um modelo de interação de acordo com a figura 1.

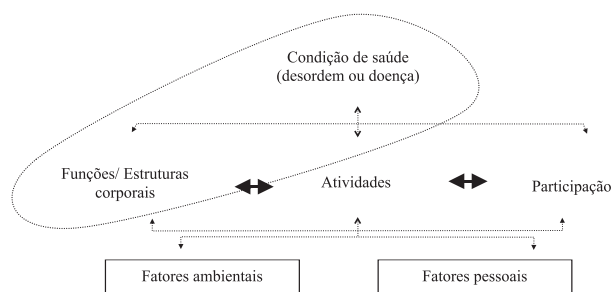


Figura 1. Perspectiva baseada no modelo biomédico (traço pontilhado) versus perspectiva global baseada no modelo integrativo da CIF (toda a figura)

Fonte: adaptado de Stucki *et al.*

A informação da CIF se organiza através de dois componentes. A primeira parte diz respeito à funcionalidade e incapacidade e é representada pelas categorias de funções do corpo (b), estruturas do corpo (s) e atividades & participação (d). A segunda parte trata dos fatores contextuais e contém os fatores ambientais (e) e os pessoais. A descrição das informações da CIF, em casos de aplicação clínica, deve necessariamente ter a presença do qualificador (formado por uma escala genérica com graduação de 0 a 4, onde 0 representa nenhuma deficiência e 4 uma deficiência completa). Os qualificadores têm a capacidade de apontar a gravidade da deficiência, limitação, restrição, barreiras ou facilitadores das condições de saúde¹⁴.

Após alguns anos de publicação da CIF, Stucki *et al.*¹⁶ pontuaram que a CIF em seu modelo original se tornava muito demorada e pouco prática para seu uso no dia a dia. Em vista disso, foram desenvolvidos os *Core Sets*, que

são listas resumidas das quatro categorias da CIF para algumas situações de saúde e condições crônicas. Têm o objetivo de tornar mais viável a utilização da classificação e possuem duas versões: a versão abrangente e a abreviada¹⁷. Para condições oncológicas, existe o modelo para CCP e também de mama.

Em um estudo, foram comparados os resultados encontrados pela avaliação por um questionário autorreferido baseado no *Core Set* abreviado para CCP com a versão 4 do *University Washington Quality of life (UW-QOL)* (questionário específico para CCP, traduzido e validado para língua portuguesa e que se apresenta como uma boa ferramenta para avaliação da QV)¹⁸. Os autores concluíram que o questionário desenvolvido, embora necessite de futura validação, parece um instrumento valioso e promissor para as medidas de resultados clínicos e de tratamento em pacientes com CCP¹⁹.

Através do processo de ligação de medidas clínicas e do estado de saúde com a CIF, tem-se a dimensão da capacidade de cobertura de ferramentas e questionários utilizados nos processos de avaliação em relação aos componentes da funcionalidade e da QV e, dessa forma, complementar a avaliação com outros instrumentos que cubram outros componentes pertinentes e relevantes, já que estes são consagrados na literatura como bons preditores dos quadros de morbidade e mortalidade.

Considerando o MDASI-H&N com grande potencial para aplicação na prática clínica, o objetivo do presente trabalho é estabelecer a ligação do questionário com a CIF e, dessa maneira, verificar quais categorias o questionário tem possibilidade de maior cobertura: funções fisiológicas representadas pelas funções corporais (b); estruturas anatômicas representadas pelas estruturas do corpo (s); atividades de vida diária e vida social representadas pelas

atividades e participação (d); se, em aspectos ambientais onde o indivíduo se insere, representados pelos fatores ambientais (e) ou se nos fatores pessoais.

MATERIAIS E MÉTODOS

O processo de ligação entre o MDASI-H&N e a CIF é baseado na metodologia proposta por Cieza *et al.*²⁰. Eles propuseram oito regras para ligação entre as medidas de resultado (medidas clínicas, do estado de saúde e técnicas) e a CIF. As regras específicas determinam que todos os conceitos significantes devam ser considerados antes de se realizar a ligação com as categorias da CIF, e que as opções de resposta quando contenham conceitos relevantes sejam incluídas. No caso do conceito de algum item conter exemplos, estes também devem ser ligados. Essas regras foram desenvolvidas baseadas na experiência acumulada durante o processo de ligação de centenas de documentos de medidas clínicas e do estado de saúde realizadas.

Cada item do MDASI-H&N foi ligado com os conceitos da CIF por dois profissionais fisioterapeutas com experiência nos conceitos e na utilização da CIF. E caso a escolha da categoria da CIF fosse divergente entre os dois profissionais em relação a algum item do questionário, o terceiro profissional também com experiência na classificação era solicitado a opinar sobre a divergência.

RESULTADOS

Os resultados apresentados no quadro 1 apontam para 24 categorias para funções corporais (b), quatro para estruturas corporais (s), oito para atividades e participação (d), um para fatores pessoais e um como não definível: atividade e participação.

Quadro 1. Ligação do MDASI-HN com a CIF

Pergunta do MDASI-HN	Conteúdo significativo	Categoria da CIF
1 – Sua dor em seu pior estado?	Dor	b280 - sensação de dor
2 – Seu cansaço (fadiga) em seu pior estado?	Cansaço, fadiga	b4552 - fatigabilidade
3 – Seu enjoo (náusea) em seu pior estado?	Enjoo, náusea	b5350 - sensação de náusea
4 – Seus problemas de sono no seu pior estado?	Problemas de sono	b134 - função de sono
5 – Suas preocupações (aborrecimentos) no seu pior estado?	Preocupações, aborrecimentos	b152 – funções emocionais
6 – Sua falta de ar no seu pior estado?	Falta de ar	b460 - sensação associada às funções cardiovasculares e respiratórias

Quadro 1. continuação

Pergunta do MDASI-HN	Conteúdo significativo	Categoria da CIF
7 – Sua dificuldade de lembrar das coisas no seu pior estado?	Lembrar-se	b144 - função de memória
8 – Sua falta de apetite no seu pior estado?	Apetite	b1302 - função de apetite
9 – Sua sonolência no seu pior estado?	Sonolência	b134 - função de sono
10 – Sua sensação de boca seca no seu pior estado?	Boca seca	b5104 - salivação
11 – Seu sentimento de tristeza no seu pior estado?	Tristeza	b152 – funções emocionais
12 – Seus vômitos no seu pior estado?	Vômitos	b5106 - regurgitação e vômitos
13 – Sua sensação de formigamento ou dormência no seu pior estado?	Formigamento ou dormência	b256 - função tátil
14 – Seus problemas com catarro na boca ou garganta no seu pior estado?	Catarro	b450 - funções respiratórias adicionais
15 – Sua dificuldade de engolir ou mastigar em seu pior estado?	Engolir, mastigar	b5102 - mastigar b5105 - deglutição
16 – Seus problemas com engasgamento (quando comida/bebida descem pela via errada) no seu pior estado?	Engasgamento	b5106 - regurgitação e vômitos
17 – Seus problemas com sua voz ou para falar no seu pior estado?	Voz, falar	b310 - função da voz b330 - função de fluência e ritmo de fala
18 – Seus problemas com dor, queimação ou irritação na pele no seu pior estado?	Dor, queimação, irritação na pele	b280 - sensação de dor b840 - sensação relacionada com a pele
19 – Sua constipação no seu pior estado?	Constipação	b525 - função de defecação
20 – Sua dificuldade para sentir o gosto da comida no seu pior estado?	Sentir o gosto	b250 - função gustativa
21 – Seus problemas com feridas na boca ou garganta no seu pior estado?	Boca, garganta	s320 - estrutura da boca s3301 - orofaringe
22 – Seus problemas com seus dentes e gengivas no seu pior estado?	Dentes, gengivas	s3200 - dentes s3201 - gengivas
23 – Atividades em geral?	Atividades em geral	nd- a&p - não definível- atividades e participação
24 – Humor?	Humor	b152 - funções emocionais
25 – Trabalho (incluindo tarefas domésticas)?	Trabalho, tarefas domésticas	d850 - trabalho remunerado d855 - trabalho não remunerado d640 - realizar tarefas domésticas
26 – Relacionamento com outras pessoas?	Relacionamento	d740 - relacionamento formal d750 - relacionamento social informal d760 - relacionamento familiar d770 - relacionamento íntimo
27 - Caminhar?	Caminhar	d450 - andar
28 – Prazer de viver?	Prazer de viver	pf - fator pessoal

DISCUSSÃO

Além de sintomas específicos da doença, os pacientes com CCP podem igualmente experimentar os sintomas relativos à cirurgia (por exemplo, desfiguração) ou a terapia de radiação (por exemplo, disfagia, xerostomia, e mucosite). Tal sintomatologia diversa repercute na QV e funcionalidade do paciente, e o acesso a tais informações é atualmente apontado pela literatura como fundamental para a eficácia do tratamento⁴.

Em virtude de a CIF ser recente e com certo grau de utilização na prática clínica, poucos estudos, até o momento, utilizaram a classificação no contexto no CCP; porém Tschienner *et al.*⁵ pontuam que a CIF fornece uma referência valiosa para identificar e quantificar os conceitos utilizados nas medidas de resultados para CCP. Ressaltam ainda que existe uma eminente necessidade de padronização das medidas de funcionalidade e QV disponíveis.

Em uma revisão sistemática dos questionários de QV para CCP na língua inglesa e posterior ligação com os códigos da CIF, os autores concluíram que a classificação é útil para a comparação de qual questionário específico de QV é o mais apropriado e com maior possibilidade de cobertura das heterogêneas e complexas manifestações desses tipos de câncer²¹.

Após realizarem avaliação qualitativa baseada na linguagem da CIF para avaliação de pacientes com CCP, Tschienner *et al.*²² observaram que os pacientes raramente se referiam a problemas em relação às estruturas corporais. No entanto, tanto funções corporais como atividades & participação e fatores ambientais tiveram igual importância. Os autores apontam que a CIF confirma que a perspectiva e compreensão biopsicossocial são apropriadas para eficácia nos processos de reabilitação em CCP.

Em estudo multicêntrico, no qual foi aplicado o *checklist*, e algumas categorias da CIF consideradas relevantes para pacientes com CCP, os resultados apontam que, em relação aos fatores ambientais, o considerado como maior facilitador foi a família imediata, já para funções corporais a categoria referente à ingestão, e para atividades e participação a categoria de falar foram as que tiveram pior resultado²³.

Os resultados encontrados pelo processo de ligação entre o MDASI-HN e a CIF apontam para um documento predominantemente biomédico, pelo grande número de categorias encontradas para funções corporais (24), poucos códigos para atividades e participação (8) e nenhum para fatores ambientais que têm implicação direta, como facilitadores ou barreiras na QV e funcionalidade dos pacientes. A grande quantidade de categorias encontradas para funções corporais pode ser explicada pelo fato de o questionário abordar a sintomatologia da doença que está

relacionada às funções fisiológicas que, na linguagem da CIF, é descrita como funções corporais.

O item 28 do MDASI-H&N foi definido como fator pessoal, que, de acordo com a CIF, não faz parte de uma condição de saúde (sexo, escolaridade, motivação, modo de enfrentar a doença), porém tem implicação direta nos processos de funcionalidade e incapacidade. O item 23 foi estabelecido como *não definível atividades & participação*, pois, embora a pergunta se tratasse de atividades, não foi encontrada uma categoria que contemplasse a questão.

A CIF não foi desenvolvida especificamente para CCP. Em adição, como foi adotada há poucos anos pela OMS, é considerada uma classificação jovem quando comparada à Classificação Internacional de Doenças (CID), que existe desde 1893 e está em sua décima revisão em alguns países²⁴. Em versões futuras da classificação, conceitos como o do item 23 do MDASI-H&N: *atividade em geral* e que por nós foi ligada como, *não definível atividade & participação (nd-a&p)*, podem ser considerados para inclusão.

Considerando o grande número de implicações no dia e dia e participação social das repercussões do CCP, pode se pensar na CIF como ferramenta promissora e com maior espectro de cobertura das manifestações funcionais diversas dos pacientes com CCP. A CIF supera o modelo hegemônico biomédico tradicional e possibilita um novo olhar sobre a deficiência e a incapacidade²⁵. A continuidade do presente trabalho pode ser dar através de uma avaliação qualitativa da sintomatologia em pacientes com CCP e ligação com as categorias da CIF e posterior comparação com os resultados encontrados no nosso estudo. Este estudo preliminar pode servir como um referencial para categorias da CIF pertinentes à avaliação da sintomatologia do CCP relacionada à QV.

CONCLUSÃO

Dos 28 itens MDASI-H&N, dois não são passíveis de ligação com as categorias da CIF, sendo constatado um enfoque e caráter biomédico do questionário em virtude do grande número de categorias encontradas para funções corporais. Em relação à sua utilização na prática clínica, deve ser acompanhado de outros instrumentos que cubram os domínios de funcionalidade relevantes no contexto do CCP que não são contemplados no questionário.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Conway DI, Hashibe M., Boffetta P, Wunsch-Filho V, Muscat J, Vecchia C, et al. Enhancing epidemiologic

- research on head and neck cancer: INHANCE – The international head and neck cancer epidemiology consortium. *Oral Oncol* 2009; 45(9): 743-56.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
 3. Karvonen-Gutierrez CA, Ronis LD, Fowler KE, Terrel JE, Gruber SB, Duffy AS. Quality of life scores predict survival among patients with head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26 (16):2754-20.
 4. Sayed SL, Elmiyeh B, Rhys-Evans P, Syrigos KN, Nutting CM, Harrington KJ. Quality of life and outcomes research in head and neck cancer: a review of the state of the discipline and likely future directions. *Canc Treat Rev* 2009; 35(5): 397-402.
 5. Tschiesner U, Cieza A, Rogers SN, Piccirillo J, Funk G, Stucki G, et al. Developing core sets for patients with head and neck cancer based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007; 264 (10):1215-22.
 6. Tschiesner UM, Rogers SN, Harreus U, Berghaus A, Cieza A. Comparison of outcome measures in head and neck cancer: literature review 2000-2006. *Head Neck* 2009; 31(2):251-9.
 7. Cleeland SC, Mendoza TR, Wang XS, Chou C, Harle MT, Morrissey M, et al. Assessing Symptom Distress in Cancer Patients: The M. D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer* 2000; 89 (7): 1634-46.
 8. Kirkova J, Davis MP, Walsh D, Tiernan E, O'Leary N, LeGrand SB, et al. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol* 2006; 24(9):1459-73.
 9. Mystakidou K, Cleeland C, Tsilika E, Katsouda E, Primikiri A, Parpa E, et al. Anderson Symptom Inventory: validation and utility in cancer patients. *Oncol* 2004; 67: 203-10.
 10. Ivanova MO, Ionova TI, Kalyadina SA, Uspenskaya OS, Kishitovich AV, Guo H, et al. Cancer related symptom assessment in Russia: validation and utility of the Russian M. D. Anderson Symptom Inventory. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30(5):443-53.
 11. Wang XS, Wang Y, Guo H, Mendoza TR, Hao XS, Cleeland CS. Chinese version of the M. D. Anderson Symptom Inventory: validation and application of symptom measurement in cancer patients. *Cancer* 2004; 101(8):1890-901.
 12. Jones HA, Hershock D, Machtay M, Chalian AA, Weber RS, Weinstein GS, et al. Preliminary investigation of symptom distress in the head and neck patient population: validation of a measurement instrument. *Am J Clin Oncol* 2006; 29(2):158-62.
 13. Ferreira KA, William W, Mendonza T, Kimura M, Kowalski LP, Rosenthal D, et al. Tradução para a língua portuguesa do M.D. Anderson Symptom Inventory- head and neck module (MDASI-H&N). *Revista Brasileira de cirurgia da cabeça e pescoço* 2008; 37(2) 109-13.
 14. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
 15. Jette A. Toward a common language for function, disability and health. *Phys Ther* 2006; 86(5): 723-34.
 16. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002; 24(17): 932 – 8.
 17. McIntyre A, Tempest S. Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil* 2007; 29(18): 1475 – 9.
 18. Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Furia C, Toyota J, McDowell J, et al. Brazilian–Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2006; 28(2): 1115–21. nath
 19. Rogers S, Forgie S, Lowel D, Precious L, Haran S, Tschiesner U. Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health as a brief head and neck cancer patient questionnaire. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010; 39(10): 975-82.
 20. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update bases on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005; 37:212-8.
 21. Tschiesner U, Rogers SN, Harréus U, Berghaus A, Cieza A. Content comparison of quality of life questionnaires used in head and neck cancer based on the international classification of functioning, disability and health: a systematic review. *Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265(6):627-37.
 22. Tschiesner U, Linseisen E, Coenen M, Rogers S, Harreus U, Berghaus A, et al. Evaluating sequelae after head and neck cancer from the patient perspective with the help of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009; 266(3):425-36.
 23. Tschiesner U, Linseisen E, Baumann S, Siedek V, Stelter V, Berghaus A, et al. Assessment of functioning in patients with head and neck cancer according to the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a multicenter study. *Laryngoscope* 2009; 119(5): 915–23.
 24. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
 25. Sampaio RF, Luz ML. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Publica* 2009; 25(3):475-83.

Abstract

Introduction: Head and neck cancer represents 5% of all types of cancer in Brazil. The prevalence, intensity and perception of both importance and impact of symptoms in the quality of life and daily activities present great variability among patients. The MD Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module is a questionnaire that evaluates symptoms and provides a brief measurement of head and neck cancer symptoms in patients as a result of either disease or treatment. Beyond the quality of life questionnaires, the World Health Organization advocates the use of the International Classification of Functioning as a classification tool of health status. **Objective:** This study aims to establish a link between the MD Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module and the International Classification of Functioning. **Methodology:** The process of link between these two documents was made by two physiotherapy professionals separately. In case of disagreement, the opinion of a third professional was requested. **Results:** The results suggest 24 categories for corporal functions (b), 4 for body structures (s), 8 for activities and participation (d), 1 for personal factors (d) and one as non-defining activity and participation. **Conclusion:** Out of the 28 items of the questionnaire, 4 were not possible to link with the International Classification of Functioning and, in addition, it was found that the MD Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module has a predominant biomedical focus. **Key words:** Head and Neck Neoplasms; Quality of Life; International Classification of Functioning, Disability and Health

Resumen

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello representa un promedio de 5% de todos los cánceres en Brasil. La prevalencia, intensidad, la percepción de la importancia y el impacto de los síntomas en la calidad de vida y actividades diarias muestran una gran variabilidad entre los pacientes. El *M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module* es un instrumento que evalúa síntomas. Fue traducido al portugués y provee una rápida medida de los síntomas de cáncer de cabeza y cuello experimentados por los pacientes como consecuencia de su enfermedad y/o tratamiento. Además de los cuestionarios de calidad de vida, la Organización Mundial de Salud recomienda el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento como herramienta para la clasificación del estado de salud. **Objetivo:** El presente estudio tiene el objetivo de hacer la conexión entre el *M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module* y la Clasificación Internacional del Funcionamiento. **Método:** El proceso de vinculación fue llevado a cabo en separado por dos profesionales fisioterapeutas y, en caso de divergencia entre las categorías encontradas, se exigía la opinión de un tercero profesional. **Resultados:** Los resultados apuntan para 24 categorías para funciones corporales (b), 4 para estructuras corporales (s), 8 para actividades y participación (d), 1 para factores personales y 1 como no definible: actividad y participación. **Conclusión:** De los 28 ítems del cuestionario, 4 no pudieron asociarse a los códigos de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, además, se observó que el *M.D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module* tiene carácter predominantemente biomédico. **Palabras clave:** Neoplasias de Cabeza y Cuello; Calidad de Vida; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud