

DESCRIÇÃO DE UMA CONDIÇÃO MÉDICA:
A SVCR - SÍNDROME DA VAGINA CURTA RELATIVA

Ângelo do Carmo Silva Matthes¹; Ângelo Gustavo Zucca Matthes²

DESCRIPTION OF A MEDICAL CONDITION:
THE SVCR - RELATIVE SHORT VAGINA SYNDROME

Resumo: Este trabalho descreve a síndrome da vagina curta relativa e apresenta as características de um dispositivo inventado para medição do canal vaginal feminino. Durante o ato sexual, um pênis maior que a vagina pode levar a traumatismos dos tecidos do fundo vaginal causando dispareunia, uma das causas de dor pélvica crônica, um problema de saúde pública. Para muitos casos, a síndrome da vagina curta relativa explica a causa da dispareunia. O dispositivo de medição do canal vaginal visa dar a medida do pênis capaz para uma penetração sem causar traumatismo. O intuito é melhorar a qualidade de vida sexual das mulheres.

Palavras-chave: coito; vagina; dispareunia

Abstract: This paper describes the relative short vagina syndrome and shows the characteristics of a device for measuring female vagina. During intercourse, a bigger penis than the vagina can lead to injury of the vaginal tissue causing dyspareunia, a cause of chronic pelvic pain, which is a public health problem. In many cases, the vagina syndrome short tries to explain the cause of dyspareunia. The measuring device of the vaginal canal aims to provide a able measure of the penis without to cause penetration trauma. The ultimate aim is to improve the quality of sexual life of women.

Keywords: coitus; vagina; dyspareunia

1. Professor Doutor pela Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto-SP. Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto (SP).

e-mail: matthes@mulheresaude.med.br

2. Professor Doutor pela Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp. Mastologista do Hospital de Câncer de Barretos.

e-mail: Anguz75@gmail.com

Introdução

A relação sexual é um momento de entrega, prazer e cumplicidade, e a sexualidade é parte importante da vida. Esse momento mágico pode tornar-se desconfortável e até mesmo insuportável quando se acompanha de dor na relação, a dispareunia, o que ocorre com muitas mulheres (MENDONÇA, 2008, p. 1).

A dispareunia consiste em uma dor persistente ou recorrente, que, de acordo com sua localização, pode ser classificada como superficial, quando a dor está localizada na entrada da vagina, na abertura do canal uretral ou no clitóris, e profunda, quando se traduz em uma dor pélvica (MELDAU, 2012, p. 1).

Essa condição pode ser causada por fatores orgânicos ou psicológicos; origina-se na interação de um conjunto de fatores e não de uma causa isolada, em que se destacam as doenças sexualmente transmissíveis, como cancro mole, granuloma inguinal etc., infecções genitais, tais como herpes genital, candidíase, tricomoníase; doenças de pele, que acometem a região genital como a foliculite, pediculose púbica (“chato”), psoríase; infecção ou irritação do clitóris; infecções urinárias, uretrites e cistites; doenças que acometem o ânus, atrofia ou lubrificação insuficiente da vagina, que podem ser decorrentes de deficiências de hormônios estrogênicos; reações alérgicas na entrada da vagina, como, por exemplo, alergia ao látex de preservativos ou a determinados lubrificantes vaginais; problemas musculocutâneos da genitália, que podem surgir após um procedimento cirúrgico, pós-parto ou pós-radioterapia; causas físicas, como é o caso do estreitamento do canal vaginal, também a vagina curta em relação ao tamanho do pênis do parceiro, presença de corpo estranho na vagina e traumas nos órgãos sexuais (BOA SAUDE, 2011, p. 1).

A dispareunia profunda, aquela dor ou desconforto durante a penetração profunda, tem como causa mais comum um processo inflamatório do colo do útero ou de todo o trato genital superi-

or na doença inflamatória pélvica. Outras doenças podem causar dispareunia, tais como tumores genitais e pélvicos; cistos ovarianos, miomas uterinos; processos inflamatórios ou infecções na região pélvica; endometriose, aderências pélvicas, constipação intestinal e infecções urinárias. Conflitos com a parceria sexual também podem levar a quadros de dispareunia, sem causa orgânica aparente (MENDONÇA, 2008, p. 1).

Sem causa orgânica, imputam-se-lhe fatores psicológicos que teriam como base as seguintes condições: dificuldade em compreender e aceitar a sexualidade de maneira saudável; crenças morais e religiosas muito rígidas; educação repressora; medos e tabus irracionais quanto ao contexto sexual; falta de desejo em fazer sexo com o parceiro; medo de machucar o bebê, quando durante a gestação; falta de informação; traumas infantis relacionados à sexualidade e sentimento de culpa na vivência da sexualidade (BOA SAUDE, 2011, p. 1).

Assim, uma mulher que está com medo de sentir dor novamente na relação costuma evitar novo encontro sexual e novamente um conflito poderá aparecer; isso tende a se tornar um ciclo vicioso, no qual a dor gera medo, o medo gera tensão, que gera uma dor ainda maior (BOA SAUDE, 2011, p. 1).

Essas causas referidas anteriormente para a dor profunda na relação sexual são as encontradas na literatura médica científica, havendo referência da vagina menor do que o pênis, mas sem uma ênfase necessária, pois baseado em experiência clínica de mais de 30 anos de exercício da medicina em ginecologia, os autores desse artigo podem afirmar que todas elas têm algum papel, em situações específicas na gênese da dispareunia. O grande responsável e o maior prevalente para essa condição é a Síndrome da Vagina Curta Relativa (SVCR).

O que é a SVCR? É um grupo de sinais e sintomas associados à mesma condição clínica, a dispareunia, que é a dor na relação sexual. Nessa condição, a vagina é pequena para ser preenchida

por um pênis, que pode ter qualquer tamanho, mas para a mulher, que refere dor profunda após a penetração, ele é grande e, por conseguinte, a vagina é curta.

O principal sinal da SVCR é o sinal de *push*, ou sinal de Matthes, que é a dor referida pela paciente quando no toque bimanual do exame ginecológico, o médico empurra o colo do útero (*to push*, em inglês) para cima, como o pênis faria caso tivesse tamanho suficiente para isso; diz-se que o sinal de *push* é positivo quando a paciente refere dor, e negativo caso não tenha dor.

Outro sinal frequentemente observado, principalmente em casos agudos e traumas recentes, é o andar claudicante, ou seja, quando a paciente relata dor pélvica ao andar. O achado de vagina lisa, sem pregas, no exame especular, que pode ser encontrado em pacientes com queixas crônicas, também pode ser um sinal relacionado à SVCR. Associado a esses sinais há também sintomas referidos pelas pacientes tais como: falta de desejo, aversão ao ato sexual, invenção de desculpas para evitar o ato sexual, poliqueixas, baixa autoestima e depressão.

Assim, a SVCR, em conjunto, define o diagnóstico e o quadro clínico dessa condição médica, a dispareunia. E qual é a etiologia dessa condição? É a distensão e ou estiramento dos ligamentos parametriais, e principalmente os útero-sacros.

Sabe-se que estiramentos e distensões são as causas mais comuns de dor lombar e ocorrem como resultado de excessiva demanda física sobre essa região, o que ocorre quando se levanta um objeto muito pesado, ou se faz um movimento repentino, ou se tem um acidente de carro ou uma lesão no esporte. Quando tecidos moles (músculos, ligamentos ou tendões) são exigidos além da sua capacidade de resistência, ou seja, esticam-se demais, eles podem se romper, ocasionando edema localizado. O edema causa dor e contratura muscular, o que restringe o movimento da região lombar lesada, com o intuito de protegê-la de uma lesão adicional (CLINICA PRÓ-TRAUMA, 2011, p. 1).

Esse mecanismo de dor lombar explica dores similares por distensão em todos os tecidos moles semelhantes, incluindo os ligamentos vaginais e útero-sacros, causando a dor pélvica crônica.

A dor pélvica crônica é uma doença debilitante e de alta prevalência, com grande impacto na qualidade de vida e produtividade, além de custos significantes para os serviços de saúde. O manejo da dor pélvica crônica frustra médicos confrontados com o problema porque, em parte, sua fisiopatologia é pobremente compreendida e seu tratamento é muitas vezes insatisfatório e se limita ao alívio temporário dos sintomas (NOGUEIRA, REIS, POLI, 2006, p. 1).

Uma coerente explicação para boa parcela de pacientes acometidas desse mal é a SVCR decorrente da distensão e estiramento dos ligamentos vaginais e útero-sacros por verdadeiras Lesões de Esforço Repetitivo (LER).

A LER é uma lesão relacionada com a atividade pessoal e, em alguns casos, pode ser entendida como uma doença ocupacional, e ocorre sempre que houver incompatibilidade entre os requisitos físicos da atividade ou tarefa e a capacidade física do corpo humano. Alguns fatores de risco contribuem para a instalação dessa lesão, entre eles: movimentos repetitivos, pressão mecânica, esforço e força desproporcionais, postura inadequadas, tracionamentos, trabalho muscular estático; invariabilidade da tarefa; superutilização das estruturas anatômicas, falta de tempo de recuperação, choques e impactos; vibração; frio, fatores organizacionais etc. (SIMONEAU, ST-VINCENT, CHICOINE, 1996. p. 34; FERNANDES, 2004, p. 1).

Pode-se afirmar que o ato sexual contempla a maioria dos fatores de risco relacionados como causa de LER, por isso a SVCR também é uma LER.

Isso posto, verifica-se que, semelhantemente ao mecanismo de um puxão de orelha ou distensão de uma articulação, que pode atingir uma flexibilidade máxima de distensão dos músculos e ligamentos fixadores, também na relação sexual

isso ocorre, pois a flexibilidade definida como a máxima amplitude fisiológica passiva em determinado movimento (articular/distensão da orelha/distensão da vagina) necessário depende da elasticidade muscular e da mobilidade articular, auricular ou do canal vaginal, sem que ocorram lesões anatomopatológicas.

A flexibilidade pode ser influenciada pelo sexo, idade, repetição do movimento, raça, lesões prévias, composição do músculo, temperatura. O tecido conjuntivo é influenciado por envelhecimento, imobilização, distúrbios metabólicos e deficiências nutricionais, e, por ser um dos componentes mais influentes na limitação da amplitude do movimento, devem ser bem alongados (FRANKEN, 2010, p. 1).

Alguns autores esquecem a propriedade de flexibilidade dos tecidos conjuntivos e relatam que:

Nas relações sexuais, a vagina consegue ser penetrada por pênis maiores porque ela é uma cavidade elástica, composta de tecidos musculares que podem se alongar de acordo com a necessidade. Na hora da penetração, o prazer e o estímulo sexual fazem com que os músculos da vagina se dilatam. Com isso, ela “cresce” em largura e profundidade. Graças ao efeito elástico, um pênis que tenha, digamos, mais que o dobro do tamanho da vagina pode caber dentro do corpo da mulher (BOUER, 2008, p.1).

Ao contrário do que foi dito, pode-se dizer que muitas mulheres, durante o ato sexual, devido ao tamanho desproporcional entre o pênis e a vagina, sofrem em toda relação um trauma semelhante a um puxão de orelhas crônico, mantendo-as com uma dor pélvica crônica, o que as leva a apresentar a SVCR.

Em um trabalho de revisão sobre dor pélvica crônica, foi salientado que uma história clínica e um exame físico adequado devem incluir atenção especial aos sistemas gastrointestinal, urinário, ginecológico, musculoesquelético, neurológico, psicológico e endócrino (NOGUEIRA et al., 2006); embora

tenha relatado a necessidade da avaliação musculoesquelética, não foi relatada a necessidade de se descartar a desproporcionalidade entre o pênis e a vagina, que provavelmente é a maior causa da dor pélvica, pela lesão do esforço repetitiva causada.

Cerca de 60% das mulheres com a doença nunca receberam o diagnóstico específico e 20% nunca realizaram qualquer investigação para elucidar a causa da dor (GRACE, ZONDERVAN, 2006, p. 588).

A prevalência estimada de dor pélvica crônica é de 14% a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na sua vida conjugal, social e profissional (ZONDERVAN, YUDKIN, VESSEY, DAWES, BARLOW, KENNEDY, 1999a, p. 1152; ZONDERVAN, YUDKIN, VESSEY, DAWES, BARLOW, KENNEDY, 1999b, p. 1160; ZONDERVAN, BARLOW, 2000, p. 404; CHEONG, WILLIAM, 2006, p. 701). A queixa de dor pélvica em unidades básicas de saúde brasileiras chega a 39% das mulheres e é responsável por 40% a 50% das laparoscopias ginecológicas, 10% de consultas ginecológicas, e, aproximadamente, 12% de histerectomias (BRODER, KANOUSE, MITTMAN, BEMSTEIN, 2000, p. 2001; GAMBONE, MITTMAN, MUNRO, SCIALLI, WINKEL, 2002, p. 968; HOWARD, 1993, p. 371).

Isto implica em um custo direto e indireto de recursos públicos de saúde, nos Estados Unidos esse valor chega a ser superior a dois bilhões de dólares por ano (MATHIAS, KUPPEMAN, LIBERMAN, LIPSCHUTZ, STEEGE, 1996, p. 324), sendo, portanto, a dor pélvica crônica um sério problema de saúde pública (NOGUEIRA et al., 2006).

A real prevalência dessa condição em países em desenvolvimento, como o Brasil, é estimada superior àquela encontrada em países desenvolvidos (P. LATTHE, M. LATTHE, SAY, GULMEZOGLU, KHAN, 2006, p. 177).

Estatisticamente, cerca de 30% das mulheres são acometidas desse mal, cujas causas geralmente podem ser relacionadas à intensidade da dor, e portanto é fundamental a figura do médico para melhor avaliar o quadro.

Um fator ou causa que não deve ser desconsiderado no diagnóstico é a desproporcionalidade entre a extensão do canal vaginal e o comprimento do órgão sexual masculino. É fato que essa incompatibilidade pode causar dor à mulher, que passa a ficar refratária ao coito, apesar da elasticidade do canal vaginal, mas que tem sua flexibilidade limitada.

Nesse contexto, uma vagina completada por um pênis não compatível, ou seja, maior que o tamanho em profundidade da vagina, pode sofrer estiramento e até rompimento de seus tecidos, bem como dos ligamentos do colo do útero, quando o pênis bate com frequência no fundo vaginal. Isso pode causar dispareunia e desconforto, agravados pela tendência de que o parceiro tende a penetrar a vagina da mulher o mais profundo e intensamente possível durante a relação sexual.

O tratamento para as portadoras da SVCR é repouso sexual por 15 dias e uso de anti-inflamatórios pelo mesmo período. As mulheres são orientadas, ao retornar às atividades sexuais, a adotar posições que impeçam a penetração total do pênis, pois se a mulher tiver ciência da extensão do seu canal vaginal poderá mensurar o comprimento do pênis do parceiro. A mulher conhecedora do tamanho de sua vagina poderá orientar seu parceiro sexual para realizar uma penetração controlada, parcial, proporcional, ou evitar posições que permitem a penetração completa do pênis.

São raras as mulheres que conhecem o tamanho de sua vagina. O comprimento do canal vaginal é proporcional à altura da mulher, mas seu diâmetro está relacionado à estrutura óssea da bacia, o que leva à conclusão de que a anatomia do referido canal apresenta uma grande diversidade dimensional, que ainda não está bem estabelecida, encontram-se relatos de 7 a 20 centímetros e consideram-se curta a de 14 centímetros (ÁVILA, 2009, p. 1).

O atual estado da técnica não antecipa nenhum tipo de solução voltada para a medição da extensão do canal vaginal. O que se conhece é o

documento de patente PI 0806177-7 "Medidor da Elasticidade Perineal" e o documento MU 8200625-3 "Histeromensurador" para medição das dimensões intrauterinas, ambos os documentos relacionados à gestação e ao parto.

Ciente do estado da técnica, suas lacunas e limitantes, após observações, estudos e pesquisas, inventou-se o "dispositivo para medição do canal vaginal", vaginômetro de Matthes (VM), patenteado sob nº P/1100268-9, que tem como objetivo permitir ao médico ginecologista e à própria mulher medir a extensão do seu canal vaginal.

O VM (Figuras 1 e 2) é um dispositivo (1) de corpo (2) cilíndrico com extremidade (3) curvilínea e escala (4) dimensional, o qual é percorrido por um marcador (5) que mede a extensão do canal da vagina, quando do toque da dita extremidade (3) curvilínea na região do baixo ventre (6).

O dispositivo (1) é fabricado em silicone ou poliuretano, material apropriado a fim de não machucar o canal vaginal quando da introdução para medição da sua extensão. Tal dispositivo (1) apresenta um corpo (2) cilíndrico não maciço que mede 30 centímetros de comprimento e apresenta circunferência em 3 medidas: 10, 12 e 14 centímetros, além de apresentar uma tampa (7) inferior removível, delimitando o espaço interno e a extremidade (3) curvilínea superior para facilitar a inserção e o toque na região do baixo ventre (6), e sua conformação imita o contorno do órgão sexual masculino.

Por sua vez, o corpo (2) cilíndrico possui uma escala (4) ordenada de cima para baixo, preferencialmente em centímetros, percorrido por um marcador (5) ergonômico, com as laterais anguladas num grau compatível com a curvatura da virilha. O marcador não causa nenhum tipo de desconforto para a mulher quando do posicionamento do dispositivo (1) até a região do baixo ventre (6), em que a porção aparente ou externa à região dos grandes lábios (8) da vagina dará o comprimento exato do canal vaginal, mais bem visualizado com o devido posicionamento do marcador (5) anel sobre a escala (4).

Por fim, do corpo (2) deriva uma base (9) semiesférica, que tem como finalidade servir de apoio para o marcador (5) correção e para o próprio dispositivo (1) quando fora de uso. Para melhor visualizar o VM, Anexo 1 apresenta desenhos ilustrativos (Figuras 1, 2, 3, 4 e 5).

Considerações finais

A apresentação da síndrome da vagina curta relativa (SVCR) visa a chamar a atenção dos médicos ginecologistas para avaliar o comprimento da vagina das suas pacientes, no sentido de orientá-las para uma relação sexual não traumática, evitando e solucionando quadros de dores pélvicas decorrentes dessa desproporção, vagina curta para pênis grande, proporcionando enfim, melhoria da vivência sexual e melhor qualidade de vida.

A apresentação do dispositivo de medição do canal vaginal tem como finalidade permitir que médicos ginecologistas meçam a vagina de sua paciente, bem como para que a mulher faça sua própria medida vaginal.

Referências

ÁVILA, W. Meninos aprendem sacanagem, não sexualidade. Out 2009. Seção Saúde. In: C. NEUMAN. **Blog: R7Notícias**. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/-meninos-aprendem-sacanagem-nao-sexualidade-diz-urologista-20091025.html>>. Acesso em: 8 abr. 2012.

BOUER, J. Se uma vagina tem 9 cm de profundidade. São Paulo, jun 2008. Seção **Vagueando na notícia**. Disponível em: <<http://vagueando.forumeiros.com/t338-se-uma-vagina-tem-9-cm-de-profundidade?highlight=VAGINA+CURTA>>. Acesso em: 8 abr. 2012.

BRODER, M. S.; KANOUSE, D. E.; MITTMAN, B. S.; BEMSTEIN, S. J. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. **ObstetGynecol**, 95(2), p. 199-205, 2000.

CLINICA PRÓ-TRAUMA. **A dor lombar**. Porto Alegre. s/d. Disponível em: <<http://www.clinicaprotrauma.com.br/dorlom.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2012.

CHEONG, Y.; WILLIAM, S. R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, 20(5), p. 695-711, 2006.

DISPAREUNIA – dor durante o ato. jul 2011. **Seção Boa Saúde**. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4782&ReturnCatID=1781>>. Acesso em 8 abr. 2012.

FERNANDES, J.C. Lesão do esforço repetitivo (LER). Seção Módulo 4. **Doenças do Trabalho**. Bauru-SP, jan 2004. Disponível em: <http://www.bauru.unesp.br/curso_cipa/4_doencas_do_trabalho/2_ler.htm>. Acesso em: 5 abr. 2012.

FRANKEN, M. Flexibilidade: aspectos fisiológicos e fatores limitantes. **EFD eportes.com**, Revista Digital, Buenos Aires, 15 (148), set. 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd148/flexibilidade-aspectos-fisiologicos-e-fatores-limitantes.htm>>. Acesso em: 5 abr. 2012.

GAMBONE, J. C.; MITTMAN, B. S.; MUNRO, M. G.; SCIALLI, A. R.; WINKEL, C. A. Chronic Pelvic Pain/Endometriosis Working Group. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. **Fertil Steril**, 78(5), p. 961-72, 2002.

GRACE, V.; ZONDERVAN, K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. **Health Care Women Int**, 27(7), p. 585-599, 2006.

HOWARD, F. M. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. **Obstet Gynecol Surv**, 48(6), p. 357-387, 1993.

LATTHE, P.; LATTHE, M.; SAY, L.; GULMEZOGLU, M.; KHAN, K. S. Who systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity. **BMC Public Health**, (6)1, p. 177, 2006.

MATHIAS, S. D.; KUPPERMAN, M.; LIBERMAN, R. F.; LIPSCHUTZ, R. C., STEEGE, J. F. Chronic pelvic pain: Prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. **Obstet Gynecol**, 87(3), p. 321-327, 1996.

MELDAU, D. C. Dispareunia. Florianópolis, SC, jan. 2012. **Seção saúde**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/saude/dispareunia/>>. Acesso em: 8 abr. 2012.

MENDONÇA, F. M. A. F. Dor nas relações sexuais – sinal de alerta! Ribeirão Preto, SP, jun. 2008. **Seção “A saúde da mulher do século 21”**. Disponível em: <<http://draflaviaaguilar.blogspot.com.br/2008/06/dor-nas-relaes-sexuais-sinal-de-alerta.html>>. Acesso em: 5 de abr. 2012.

NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C. ; POLI, O. B. P. N. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 28(12), Rio de Janeiro, dez. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006001200008>>. Acesso em: 5 de abr. 2012.

SIMONEAU, S.; ST-VINCENT, M. ; CHICOINE, D. Les LATR. Mieux les comprendre pour mieux les prévenir. **Guide de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail et de l'IRSST du Québec**, Canada, 1996. Disponível em: <[http://www.aspme.org/vw/fd/latr.pdf/\\$file/latr.pdf?OpenElement](http://www.aspme.org/vw/fd/latr.pdf/$file/latr.pdf?OpenElement)>. Acesso em: 5 abr. 2012.

ZONDERVAN, K. T.; BARLOW, D. H. Epidemiology of chronic pelvic pain. **Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, 14(3), p. 403-414, 2000.

ZONDERVAN, K. T.; YUDKIN, P. L.; VESSEY, M. P.; DAWES, M. G.; BARLOW, D. H.; KENNEDY, S. H. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: Evidence from a national general practice database. **Br J ObstetGynaecol**, 106(11), p. 1149-1155, 1999a.

ZONDERVAN, K. T.; YUDKIN, P. L.; VESSEY, M. P.; DAWES, M. G.; BARLOW, D. H.; KENNEDY, S. H. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. **Br J Obstet Gynaecol**, 106(11), p. 1156-1161, 1999b.

ANEXOS

FIGURA 1

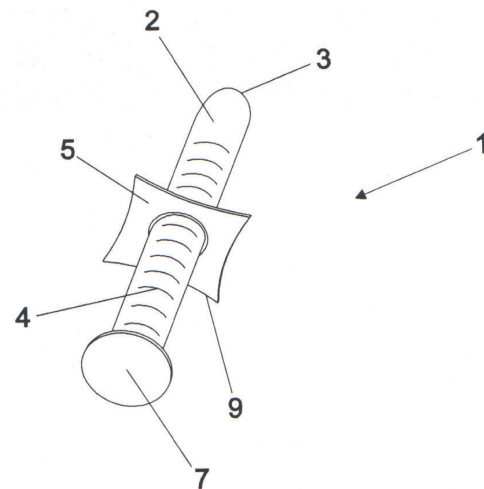


Figura 1. Vista em perspectiva do dispositivo para medição do canal vaginal;

FIGURA 2

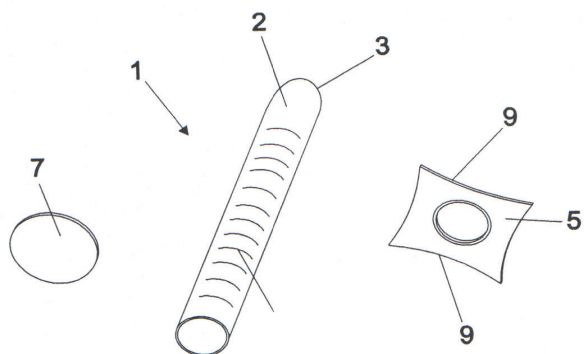


Figura 2. Vista em perspectiva explodida do dispositivo para medição do canal vaginal;

FIGURA 4

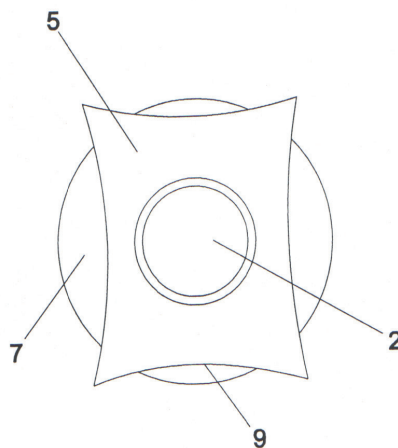


Figura 4. Vista superior do dispositivo para medição do canal vaginal;

FIGURA 3

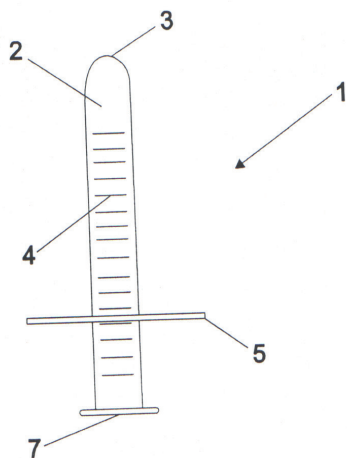


Figura 3. Vista lateral do dispositivo para medição do canal vaginal, mostrado fora de uso;

FIGURA 5

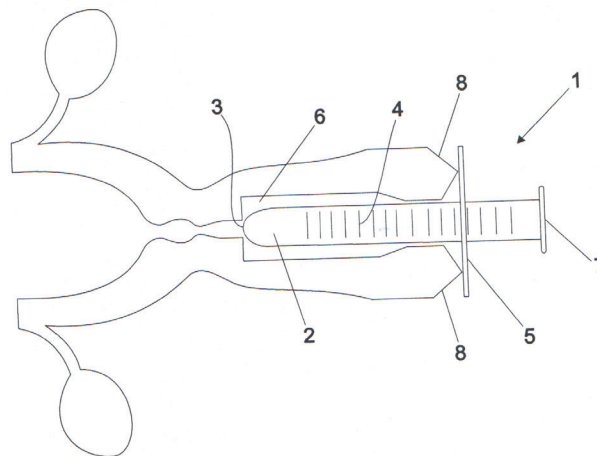


Figura 5. Vista esquemática do dispositivo para medição do canal vaginal, simulando uso.