Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32712

ORGASMO INDUZIDO POR ATIVIDADE FÍSICA (COREGASM): FENOMENOLOGIA, MECANISMOS NEUROFISIOLÓGICOS PLAUSÍVEIS E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE SEXUAL — UMA REVISÃO NARRATIVA

EXERCISE-INDUCED ORGASM (COREGASM): PHENOMENOLOGY, PLAUSIBLE NEUROPHYSIOLOGICAL MECHANISMS, AND IMPLICATIONS FOR SEXUAL HEALTH — A NARRATIVE REVIEW

ORGASMO INDUCIDO POR ACTIVIDAD FÍSICA (COREGASM): FENOMENOLOGÍA, MECANISMOS NEUROFISIOLÓGICOS PLAUSIBLES E IMPLICACIONES PARA LA SALUD SEXUAL — UNA REVISIÓN NARRATIVA

Maria Elisa Schulz[1]
Samantha Ferreira da Costa Moreira[2]
Ana Vitória Schulz[3]
Maria Eduarda Heib Sala[4]

RESUMO: Esse artigo buscou analisar criticamente a literatura sobre o orgasmo induzido por atividade física, com foco em sua fenomenologia, nos exercícios associados, nos mecanismos neurofisiológicos plausíveis e em suas implicações para a assistência em saúde sexual. O orgasmo induzido pelo exercício (exercise-induced orgasm – EIO), ou coregasm, caracteriza-se por uma experiência orgástica ocorrida durante ou após a realização de exercícios físicos, sem estimulação sexual intencional. Apesar do crescente interesse acadêmico pelo fenômeno, os estudos acerca de sua prevalência e de seus mecanismos permanecem limitados. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com consulta a bases bibliográficas da área da saúde, incluindo estudos observacionais, qualitativos e experimentais, revisões e referências clássicas sobre resposta sexual, anatomia pélvica e fisiologia do exercício. Os achados indicam que os episódios ocorrem principalmente durante atividades que exigem intensa estabilização do tronco, flexão do quadril e recrutamento da musculatura lombo-pélvica, como exercícios abdominais, escalada, treinamento resistido, corrida, ciclismo, pilates e yoga. As hipóteses fisiológicas envolvem a interação entre a ativação da musculatura pélvico-abdominal, variações da pressão intra-abdominal, aferências somatossensoriais, atividade autonômica e integração cerebral de sinais relacionados à interocepção e ao prazer. Contudo, a evidência disponível é predominantemente autorreferida, o que limita o estabelecimento de prevalências precisas e de relações causais definitivas. Conclui-se que o coregasm constitui uma manifestação fisiológica multifatorial, não necessariamente patológica. Sua abordagem adequada requer informação qualificada, acolhimento clínico, respeito à autonomia corporal e o desenvolvimento de novas pesquisas experimentais.

Palavras-chave: Assoalho pélvico. Orgasmo induzido por atividade física. Saúde sexual.

[1] Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Mineiros.
[2] Doutora em Educação pela UFMS. Orientadora. Docente do curso de Medicina. Centro Universitário de Mineiros.
[3] Graduanda em Medicina. Centro Universitário de Mineiros.
[4] Doutoranda em Movimento Humano e Reabilitação pela Unievangélica. Docente do curso de Medicina. Centro Universitário de Mineiros.

ABSTRACT: The present article sought to critically analyze the literature on physical activity-induced orgasm, focusing on its phenomenology, associated exercises, plausible neurophysiological mechanisms, and its implications for sexual healthcare. Exercise-induced orgasm (EIO), or coregasm, is characterized by an orgasmic experience occurring during or after physical exercise, without intentional sexual stimulation. Despite the growing academic interest in the phenomenon, studies regarding its prevalence and mechanisms remain limited. A narrative literature review was conducted, consulting health sciences bibliographic databases, including observational, qualitative, and experimental studies, reviews, and classic references on sexual response, pelvic anatomy, and exercise physiology. The findings indicate that episodes occur primarily during activities requiring intense trunk stabilization, hip flexion, and recruitment of the lumbopelvic musculature, such as abdominal exercises, climbing, resistance training, running, cycling, Pilates, and yoga. Physiological hypotheses involve the interaction between pelvic-abdominal muscle activation, intra-abdominal pressure variations, somatosensory afferences, autonomic activity, and the brain's integration of signals related to interoception and pleasure. However, the available evidence is predominantly self-reported, which limits the establishment of precise prevalences and definitive causal relationships. It is concluded that the coregasm constitutes a multifactorial physiological manifestation, not necessarily pathological. Its proper management requires qualified information, supportive clinical care, respect for bodily autonomy, and the development of new experimental research.

Keywords: Pelvic floor. Exercise-induced orgasm. Sexual health.

RESUMEN: El presente artículo buscó analizar críticamente la literatura sobre el orgasmo inducido por la actividad física, con un enfoque en su fenomenología, los ejercicios asociados, los mecanismos neurofisiológicos plausibles y sus implicaciones para la atención en salud sexual. El orgasmo inducido por el ejercicio (exercise-induced orgasm – EIO), o coregasm, se caracteriza por una experiencia orgásmica ocurrida durante o después de la realización de ejercicios físicos, sin estimulación sexual intencional. A pesar del creciente interés académico por el fenómeno, los estudios sobre su prevalencia y sus mecanismos siguen siendo limitados. Se realizó una revisión narrativa de la literatura, consultando bases bibliográficas del área de la salud, incluyendo estudios observacionales, cualitativos y experimentales, revisiones y referencias clásicas sobre la respuesta sexual, anatomía pélvica y fisiología del ejercicio. Los hallazgos indican que los episodios ocurren principalmente durante actividades que exigen una intensa estabilización del tronco, flexión de la cadera y reclutamiento de la musculatura lumbopélvica, como ejercicios abdominales, escalada, entrenamiento de resistencia, carrera, ciclismo, pilates y yoga. Las hipótesis fisiológicas involucran la interacción entre la activación de la musculatura pélvico-abdominal, las variaciones de la presión intraabdominal, las aferencias somatosensoriales, la actividad autonómica y la integración cerebral de señales relacionadas con la interocepción y el placer. Sin embargo, la evidencia disponible es predominantemente autorreportada, lo que limita el establecimiento de prevalencias precisas y de relaciones causales definitivas. Se concluye que el coregasm constituye una manifestación fisiológica multifactorial, no necesariamente patológica. Su abordaje adecuado requiere información calificada, acogida clínica, respeto a la autonomía corporal y el desarrollo de nuevas investigaciones experimentales.

Palabras clave: Suelo pélvico. Orgasmo inducido por actividad física. Salud sexual.

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade humana é uma experiência complexa, constituída pela interação entre aspectos biológicos, neurológicos, hormonais, psicológicos, afetivos, relacionais, culturais e sociais. No campo da saúde, ela não deve ser reduzida à presença ou ausência de doenças, disfunções ou infecções. A saúde sexual também envolve a possibilidade de vivenciar o corpo,

o prazer, a intimidade e as relações com segurança, autonomia, respeito e ausência de coerção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Este artigo teve como objetivo analisar criticamente a literatura sobre o orgasmo induzido por atividade física, descrevendo suas principais características, os exercícios mais frequentemente relacionados, os mecanismos neurofisiológicos propostos, as repercussões emocionais e clínicas e as implicações do fenômeno para a educação em saúde sexual.

O orgasmo ocupa posição central nos estudos sobre sexualidade, mas continua sendo uma das experiências humanas mais difíceis de explicar de forma abrangente. Em termos fisiológicos, costuma envolver uma percepção subjetiva intensa de prazer, contrações rítmicas da musculatura pélvica, alterações respiratórias e cardiovasculares e modificações na atividade do sistema nervoso autônomo. Nenhum desses elementos, isoladamente, é suficiente para definir a experiência. O orgasmo depende da integração entre sinais periféricos, processamento cerebral, atenção, contexto emocional, expectativas e significado atribuído pela própria pessoa àquilo que sente (MAH; BINIK, 2001; MESTON et al., 2004).

Os modelos clássicos da resposta sexual contribuíram para organizar o conhecimento científico sobre o tema. Masters e Johnson (1966) descreveram uma sequência composta por excitação, platô, orgasmo e resolução. Kaplan (1974), posteriormente, incluiu o desejo como componente importante da resposta sexual. Esses modelos foram fundamentais para a sexologia clínica, embora tenham sido construídos sobretudo a partir de experiências sexuais convencionais, nas quais o desejo e a estimulação genital ocupam lugar de destaque.

Modelos posteriores, como o de Basson (2008), mostraram que a sexualidade feminina nem sempre se organiza de maneira linear. Desejo, excitação, intimidade, satisfação, contexto relacional e prazer podem influenciar-se mutuamente. Essa compreensão ajuda a explicar por que a resposta sexual não se manifesta de forma idêntica em todas as pessoas e por que não é adequado tratar o orgasmo como uma reação automática, uniforme ou exclusivamente dependente de estímulo genital.

Estudos de neuroimagem indicam que o orgasmo envolve uma rede distribuída de estruturas cerebrais relacionadas à percepção corporal, à emoção, à motivação, à recompensa e ao controle autonômico. Ínsula, córtex cingulado anterior, hipotálamo, amígdala, cerebelo e regiões mesolímbicas aparecem entre as estruturas envolvidas na resposta orgástica (GEORGIADIS; KRINGELBACH, 2012). Esses achados reforçam que o orgasmo é uma

experiência cerebral integrada, ainda que possa ser desencadeada por diferentes estímulos corporais.

O exercício físico constitui um contexto particularmente interessante para esse debate. Durante a atividade física ocorrem aumento da frequência cardíaca, maior ventilação, recrutamento muscular intenso, alterações na pressão intra-abdominal, ativação autonômica e mudanças na percepção do próprio corpo. Estudos experimentais já demonstraram que o exercício agudo pode modificar a excitação sexual genital em algumas mulheres, embora excitação fisiológica e orgasmo não sejam fenômenos equivalentes (MESTON; GORZALKA, 1995).

É nesse campo de interseção entre movimento, percepção corporal, musculatura pélvica e resposta sexual que se insere o orgasmo induzido por atividade física, frequentemente chamado de *coregasm*.

O termo *exercise-induced orgasm* designa a ocorrência de uma experiência orgástica durante ou logo após a realização de exercícios físicos. A expressão *coregasm* tornou-se popular por sua associação com exercícios que exigem intensa ativação do *core*, entendido como o conjunto de músculos envolvidos na estabilização do tronco, da coluna e da pelve. Em português, pode-se utilizar a expressão "coreorgasmo", embora o termo em inglês seja mais frequente em publicações e materiais de divulgação.

É importante distinguir o coregasm de outras sensações agradáveis produzidas pelo exercício. Atividade física pode provocar bem-estar, euforia, relaxamento, calor, formigamento, contrações musculares e sensação de recompensa. Nenhuma dessas experiências, isoladamente, significa necessariamente que ocorreu um orgasmo. A definição do fenômeno deve considerar a experiência subjetiva da pessoa, que é quem pode reconhecer se vivenciou ou não uma resposta orgástica.

O coregasm também não precisa ser definido pela ausência absoluta de qualquer sensação genital. Modalidades como ciclismo, equitação, dança ou exercícios realizados em determinadas posições podem produzir pressão ou atrito indireto na região perineal. O aspecto central é que o orgasmo ocorra no contexto da atividade física, sem que a estimulação sexual intencional seja o objetivo principal do exercício.

O estudo de Herbenick e Fortenberry (2011) foi decisivo para conferir visibilidade científica ao tema. As autoras analisaram relatos de mulheres que haviam experimentado orgasmo ou prazer sexual durante exercícios físicos. Foram mencionadas atividades

abdominais, treinamento resistido, escalada, corrida, ciclismo, yoga e outras modalidades. Os relatos indicaram que a experiência podia ocorrer sem fantasia erótica, desejo sexual consciente ou contato genital deliberado.

A literatura específica ainda é pequena e não permite estabelecer uma prevalência populacional confiável. Além disso, grande parte dos dados provém de pessoas que decidiram relatar voluntariamente uma experiência incomum, o que pode resultar em viés de seleção. Também não é adequado concluir que o coregasm seja exclusivamente feminino, pois a concentração dos estudos em mulheres pode refletir escolhas históricas da pesquisa e diferenças na disposição para relatar a experiência, e não necessariamente uma exclusividade biológica.

2 MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e interpretativo. Esse delineamento foi escolhido porque o coregasm constitui um tema emergente, com número reduzido de estudos diretamente dedicados ao fenômeno e predominância de pesquisas observacionais, qualitativas e autorreferidas.

A revisão narrativa permite integrar contribuições de diferentes áreas, como neurociência, fisiologia do exercício, anatomia, educação física, ginecologia, psicologia e fisioterapia pélvica. Ao contrário de uma revisão sistemática, não tem como finalidade produzir uma estimativa quantitativa combinada nem substituir uma avaliação formal de risco de viés. Sua contribuição está na organização crítica de conhecimentos heterogêneos e na formulação de hipóteses interpretativas (GRANT; BOOTH, 2009).

Foram consideradas publicações identificadas em bases bibliográficas da área da saúde e em fontes acadêmicas complementares, incluindo PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO e Google Scholar. A estratégia de busca combinou os termos *exercise-induced orgasm*, *coregasm*, *exercise-induced sexual pleasure*, *female orgasm*, *sexual response*, *pelvic floor*, *pudendal nerve*, *physical exercise* e *sexual health*.

Foram incluídos estudos observacionais, pesquisas qualitativas, trabalhos experimentais, revisões e referências clássicas sobre resposta sexual, orgasmo, anatomia do clitóris, assoalho pélvico, nervo pudendo e fisiologia do exercício. Também foram consultadas as listas de referências dos artigos diretamente relacionados ao coregasm.

Foram excluídos textos jornalísticos, opiniões sem fundamentação, materiais de divulgação não acadêmicos, resumos sem informações metodológicas suficientes e estudos que

abordassem exclusivamente disfunções sexuais sem relação com atividade física, prazer corporal ou resposta orgástica.

As informações foram organizadas em cinco eixos: definição e características do fenômeno; modalidades de exercício associadas; manifestações subjetivas e corporais; mecanismos fisiológicos plausíveis; e implicações clínicas, psicossociais e educacionais.

A análise foi qualitativa. Diferenciou-se a evidência diretamente obtida em estudos sobre exercício e orgasmo das hipóteses formuladas a partir de pesquisas sobre neurofisiologia sexual, anatomia pélvica e fisiologia do exercício. Essa distinção foi necessária para evitar que mecanismos biologicamente plausíveis fossem apresentados como fatos comprovados.

Como limitações metodológicas, reconhecem-se a escassez de estudos experimentais, o predomínio de amostras de conveniência, a dependência de relatos retrospectivos e a inexistência de uma definição operacional universal para o coregasm.

3 RESULTADOS

A literatura disponível sustenta que algumas pessoas experimentam orgasmo durante ou imediatamente após atividades físicas. Entretanto, a quantidade de estudos diretamente dedicados ao tema é pequena quando comparada à produção científica sobre outras manifestações da resposta sexual.

Os trabalhos específicos são predominantemente baseados em entrevistas, questionários e relatos pessoais. Esses métodos são importantes para conhecer a experiência subjetiva, mas não permitem verificar de modo objetivo o momento exato do episódio, a intensidade da contração da musculatura pélvica, a atividade cerebral ou a participação de alterações vasculares específicas.

A inexistência de critérios padronizados também dificulta a comparação entre os estudos. Algumas pesquisas incluem apenas relatos explicitamente identificados como orgasmo; outras agrupam orgasmo, excitação genital, prazer sexual intenso e contrações pélvicas. Essa diferença conceitual pode produzir estimativas muito distintas.

Os achados disponíveis permitem afirmar que o fenômeno existe e que não está restrito a uma única modalidade de exercício. Não permitem, porém, definir sua prevalência real, determinar quais pessoas são mais suscetíveis ou estabelecer que um exercício específico seja capaz de produzir orgasmo de maneira previsível.

Os exercícios mais frequentemente associados ao coregasm são aqueles que exigem estabilização intensa do tronco, flexão do quadril, contrações abdominais repetitivas ou sustentadas e coordenação entre respiração, diafragma, parede abdominal e pelve.

Entre as modalidades mencionadas nos estudos aparecem:

- exercícios realizados na cadeira romana, conhecida como *captain's chair*;
- elevação suspensa dos membros inferiores;
- abdominais tradicionais e suas variações;
- escalada em cordas, barras ou paredes;
- treinamento resistido;
- corrida;
- ciclismo e *spinning*;
- yoga;
- pilates;
- dança;
- remo e ginástica.

Apesar das diferenças entre essas atividades, muitas envolvem um padrão biomecânico comum: a necessidade de controlar a posição da pelve e do tronco enquanto os músculos abdominais e pélvicos permanecem ativados. Esse aspecto sugere que o recrutamento muscular e a postura podem ser mais relevantes do que o nome da modalidade.

Vários relatos descrevem que o episódio não surge logo no início do exercício. Em geral, há uma fase de esforço contínuo, durante a qual se acumulam fadiga muscular, aumento da ventilação e maior percepção das sensações internas. Algumas pessoas relatam que o coregasm ocorre nas últimas repetições ou séries, quando a musculatura já está intensamente recrutada.

Essa observação, contudo, não demonstra que a fadiga seja causa do orgasmo. Ela pode apenas facilitar a percepção de sinais corporais ou modificar a estratégia de estabilização do movimento. Outros fatores, como respiração, estado emocional, atenção, sensibilidade individual e experiência prévia, também podem atuar simultaneamente.

A variabilidade individual é marcante. Algumas pessoas relatam episódios recorrentes durante um exercício específico; outras experimentam o fenômeno apenas uma vez. Há ainda quem pratique a mesma atividade por anos sem vivenciar qualquer resposta semelhante. Essa heterogeneidade é incompatível com a ideia de que exista uma "técnica" universal ou um exercício garantido para induzir o orgasmo.

Os relatos geralmente descrevem o início do episódio como uma sensação crescente de tensão no abdome inferior ou na pelve. Essa tensão pode ser acompanhada por pressão, calor, pulsação, vibração, formigamento e contrações involuntárias.

Em algumas pessoas, a sensação permanece restrita à região abdominal ou pélvica. Em outras, irradia para o períneo, a vulva, os genitais ou a região lombossacral. O episódio pode culminar em uma experiência reconhecida como orgasmo, acompanhada por contrações rítmicas da musculatura pélvica e sensação de relaxamento posterior.

A ausência de desejo sexual consciente é um elemento recorrente nos relatos, mas não deve ser transformada em critério obrigatório. Muitas pessoas afirmam estar concentradas na execução do movimento, na respiração ou na fadiga quando o episódio ocorre. Isso mostra que orgasmo, desejo e intenção sexual não são fenômenos equivalentes.

Também há ampla variação quanto à intensidade. Algumas pessoas consideram o coregasm menos intenso do que o orgasmo vivenciado em contexto sexual, mas mais prolongado. Outras relatam uma experiência muito intensa, capaz de interromper o exercício. Alguns relatos mencionam episódios múltiplos em uma mesma sessão, embora não existam dados suficientes para estimar a frequência dessa ocorrência.

Nem toda sensação pélvica durante o exercício é orgástica. Espasmos, pressão perineal, parestesias, fadiga muscular, compressão local e alterações autonômicas podem ser percebidos como prazer ou excitação. Por esse motivo, a descrição do fenômeno deve respeitar a autodefinição da pessoa e evitar classificações baseadas apenas em sinais fisiológicos isolados.

Os mecanismos do coregasm ainda não foram demonstrados diretamente. A literatura permite organizar, entretanto, um conjunto de hipóteses complementares.

A primeira envolve a ativação do complexo lombo-pélvico. O *core* inclui músculos como transverso do abdome, reto abdominal, oblíquos, multífidos, diafragma e músculos do assoalho pélvico. Essas estruturas trabalham de modo integrado para estabilizar a coluna, controlar a pressão intra-abdominal e transferir forças durante o movimento (ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2007).

Exercícios que exigem elevada estabilização podem produzir contrações intensas e repetitivas desses músculos. A ativação prolongada talvez aumente a quantidade de informações sensoriais enviadas ao sistema nervoso central, especialmente a partir da região pélvica. O assoalho pélvico é relevante porque participa das contrações rítmicas observadas durante o orgasmo convencional. Ainda não está esclarecido, contudo, se a contração muscular

contribui para iniciar o orgasmo ou se ocorre como consequência de uma resposta central já desencadeada.

A segunda hipótese relaciona-se às alterações da pressão intra-abdominal. Durante exercícios de força e movimentos de estabilização, a pressão exercida sobre as estruturas pélvicas se modifica. Essas mudanças podem alterar a tensão de músculos, fáscias e tecidos próximos ao complexo clitoriano.

A anatomia do clitóris confere plausibilidade a essa possibilidade. A estrutura clitoriana é tridimensional e inclui glande, corpos cavernosos, raízes e bulbos vestibulares, estabelecendo relações com a uretra, a vagina e a musculatura pélvica (O'CONNELL; SANJEEVAN; HUTSON, 2005). Ainda não se sabe, entretanto, qual intensidade de pressão ou deformação mecânica seria suficiente para desencadear uma resposta orgástica.

A terceira hipótese envolve as aferências do nervo pudendo e das raízes sacrais. O nervo pudendo participa da sensibilidade da genitália externa e da inervação motora de músculos perineais. Pressão, vibração, distensão e contração na região pélvica poderiam gerar sinais somatossensoriais capazes de alcançar circuitos relacionados à resposta sexual (GUADERRAMA et al., 2005).

A quarta hipótese diz respeito à atividade autonômica. O exercício intenso eleva a frequência cardíaca, a ventilação e a atividade simpática, respostas que também aparecem durante a excitação sexual. O exercício agudo pode modificar a excitação genital em algumas mulheres, mas essa alteração não significa necessariamente orgasmo (MESTON; GORZALKA, 1995). A ativação autonômica, portanto, pode contribuir para o fenômeno sem ser suficiente para explicá-lo.

Por fim, considera-se a integração cerebral de sinais provenientes dos músculos, das articulações, da pele e das vísceras. O cérebro combina essas informações com atenção, emoção, memória e expectativa. Quando o conjunto de estímulos alcança determinado limiar, uma experiência de prazer intenso pode emergir. Essa hipótese é compatível com estudos que identificaram orgasmos desencadeados por imaginação, sonhos, estimulação não genital e vias sensoriais alternativas (WHIPPLE; KOMISARUK, 2002).

O modelo mais plausível é, portanto, multifatorial. O exercício pode produzir intensa ativação muscular e autonômica; essa ativação gera sinais periféricos, especialmente na pelve; os sinais são integrados por redes cerebrais relacionadas à percepção corporal e à recompensa; e

características individuais determinam se o limiar para uma resposta orgástica será ou não alcançado.

A surpresa aparece como uma das reações mais frequentes ao primeiro episódio. Pessoas que desconhecem o fenômeno podem interpretá-lo como sinal de doença ginecológica, alteração neurológica ou perda de controle corporal. Quando o episódio ocorre em uma academia, em uma aula coletiva ou em outro ambiente público, podem surgir vergonha, medo de exposição e preocupação com a possibilidade de outras pessoas perceberem mudanças na respiração ou na expressão facial.

Algumas pessoas passam a evitar determinados exercícios. Outras interrompem a prática física ou deixam de relatar o episódio por receio de julgamentos. Essas reações são influenciadas não apenas pela experiência corporal, mas também por normas sociais que historicamente limitaram a expressão do prazer sexual, especialmente entre mulheres.

O coregasm, isoladamente, não é uma doença nem constitui diagnóstico clínico formal. A avaliação profissional é indicada quando o episódio é acompanhado por dor intensa, desmaio, perda de consciência, sangramento, déficit neurológico, palpitações desproporcionais, contrações persistentes ou sintomas que não se relacionam claramente ao esforço físico. Nessas situações, é necessário investigar outras condições.

Também é fundamental diferenciar uma resposta corporal involuntária de desejo sexual ou consentimento. A ocorrência de orgasmo durante um exercício não indica interesse sexual, disponibilidade para interação ou autorização para qualquer abordagem. Essa distinção deve fazer parte da educação sexual e da formação dos profissionais que trabalham com corpo, movimento e saúde.

4 DISCUSSÃO

O principal significado científico do coregasm está em demonstrar que o orgasmo não depende obrigatoriamente de uma sequência linear formada por desejo, excitação sexual, estimulação genital e clímax. Essa constatação não invalida os modelos clássicos, que continuam úteis para explicar muitas experiências, mas mostra que eles não abrangem toda a diversidade da resposta sexual humana.

A experiência permite separar quatro elementos frequentemente confundidos: sensação corporal, excitação fisiológica, desejo sexual e orgasmo. Uma pessoa pode apresentar aumento

da frequência cardíaca sem desejar atividade sexual; pode sentir pressão pélvica sem atingir o orgasmo; e pode experimentar orgasmo sem ter planejado uma experiência sexual.

Essa distinção é importante porque a sexualidade foi muitas vezes interpretada a partir de sinais corporais considerados supostamente transparentes. No entanto, a resposta fisiológica não revela, por si só, a intenção, o desejo ou a vontade da pessoa. O corpo pode produzir respostas automáticas em contextos que não são sexuais.

O coregasm também reforça a importância da interocepção, entendida como a percepção dos estados internos do organismo. Durante exercícios intensos, a atenção se volta para respiração, fadiga, postura, equilíbrio e contrações musculares. Esse aumento da consciência corporal pode facilitar o reconhecimento de sensações que, em outras circunstâncias, passariam despercebidas.

A atenção corporal não deve ser considerada causa suficiente do fenômeno. Ela pode, porém, modificar a maneira como a pessoa identifica e nomeia o que está sentindo. Por essa razão, pesquisas sobre coregasm devem considerar não apenas os sinais fisiológicos, mas também a linguagem utilizada pelos participantes e o significado atribuído à experiência.

A evidência direta sobre o coregasm é predominantemente descritiva. Há convergência nos relatos de que algumas pessoas experimentam orgasmo durante exercícios que exigem intensa ativação abdominal e pélvica. Também aparecem com frequência descrições de pressão, calor, vibração, contrações involuntárias, prazer intenso e relaxamento posterior.

A relação causal entre determinado exercício e o orgasmo, porém, ainda não foi demonstrada. O fato de exercícios abdominais aparecerem em muitos relatos não significa que a contração abdominal, isoladamente, produza orgasmo. A atividade pode atuar em conjunto com postura, respiração, fadiga, atenção, estado emocional, sensibilidade individual e características anatômicas.

A participação do assoalho pélvico, do nervo pudendo e da pressão intra-abdominal é biologicamente plausível, mas continua baseada em inferências provenientes da anatomia e de estudos sobre resposta sexual. Ainda não há monitoramento sistemático desses componentes durante episódios reais de coregasm.

A mesma cautela se aplica à atividade simpática e aos neurotransmissores associados ao exercício. Elevação de catecolaminas, endorfinas, dopamina e endocanabinoides pode favorecer bem-estar, motivação e recompensa, mas milhões de pessoas realizam exercícios intensos sem

experimentar orgasmo. A ativação autonômica e neuroquímica parece ser uma condição moduladora, não uma explicação completa.

Também não se deve confundir o coregasm com os benefícios gerais do exercício para a função sexual. A prática regular de atividade física pode melhorar condicionamento cardiovascular, humor, autoestima, imagem corporal e circulação, fatores que podem favorecer a vida sexual. Isso é diferente de ter um orgasmo durante a execução do exercício. O coregasm é uma experiência específica e não um indicador de eficácia de um programa de treinamento.

Da mesma forma, não existem evidências para recomendar exercícios abdominais ou treinamento do assoalho pélvico com a finalidade de produzir orgasmo. O treinamento pélvico possui indicações clínicas próprias, inclusive no manejo de algumas disfunções urinárias e pélvicas, mas seu objetivo não deve ser reduzido ao desempenho sexual (BØ, 2004).

A abordagem profissional deve começar pelo acolhimento. Quando alguém relata um orgasmo durante o exercício, o profissional precisa escutar sem ridicularizar, erotizar ou patologizar automaticamente a experiência. Perguntas sobre a atividade realizada, o momento do episódio, a duração, a presença de dor, a consciência preservada e os sintomas posteriores podem auxiliar na avaliação.

Na ausência de sinais de alerta, é possível explicar que algumas pessoas relatam respostas orgásticas associadas à atividade física e que os mecanismos ainda não são completamente conhecidos. A informação deve ser oferecida sem prometer repetição, sem sugerir técnicas para provocar o fenômeno e sem transformar a experiência em objetivo de treinamento.

A preservação da privacidade é particularmente importante em academias, consultórios, aulas coletivas e pesquisas. Educadores físicos e profissionais da saúde não devem fazer comentários que exponham ou sexualizem uma reação corporal involuntária. O relato deve ser tratado como informação clínica ou pessoal, e não como motivo de curiosidade pública.

Na fisioterapia pélvica, a avaliação deve considerar dor, coordenação, força, relaxamento, hiperatividade muscular e função, sem pressupor que o coregasm seja consequência de fraqueza ou de excesso de força. A contração do assoalho pélvico pode ser parte do episódio, mas não há evidência suficiente para estabelecer uma relação causal simples.

A educação em saúde pode contribuir para ampliar o conhecimento sobre o complexo clitoriano, o assoalho pélvico, a interocepção e a diversidade da resposta sexual. Também deve abordar a diferença entre desejo, intenção, excitação e resposta corporal. Esse conteúdo é

relevante para cursos de medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, educação física e outras áreas que trabalham com corpo e sexualidade.

A principal limitação do conhecimento atual é a dependência de relatos autorreferidos. A experiência subjetiva é indispensável para definir o orgasmo, mas estudos retrospectivos estão sujeitos a viés de memória, dificuldade de classificação e influência de expectativas culturais.

Pesquisas futuras poderiam utilizar diários prospectivos e métodos de avaliação momentânea, nos quais os participantes registrassem os episódios logo após a atividade. Instrumentos padronizados deveriam distinguir orgasmo, prazer corporal, excitação genital, pressão perineal, contração muscular e bem-estar pós-exercício.

Também são necessárias amostras mais diversas, incluindo diferentes idades, identidades de gênero, níveis de condicionamento, culturas, condições hormonais e situações clínicas. A concentração dos estudos em mulheres que se dispuseram a relatar a experiência impede generalizações amplas.

Do ponto de vista fisiológico, estudos poderiam combinar eletromiografia do assoalho pélvico e da musculatura abdominal, análise do movimento, registro respiratório, variabilidade da frequência cardíaca, condutância da pele e avaliação subjetiva em tempo real. A ultrassonografia dinâmica também poderia contribuir para observar contrações e deslocamentos pélvicos.

A neuroimagem durante exercícios intensos apresenta limitações técnicas, mas métodos como eletroencefalografia, protocolos laboratoriais adaptados e exames realizados antes e depois do episódio podem oferecer informações sobre os circuitos envolvidos. Pesquisas desse tipo devem ser conduzidas com cuidado ético, confidencialidade, consentimento informado e possibilidade de interrupção imediata.

O objetivo da pesquisa não deve ser induzir orgasmos artificialmente como forma de entretenimento ou desempenho, mas compreender uma experiência que algumas pessoas relatam espontaneamente. Estudos bem planejados podem esclarecer se o coregasm compartilha os mesmos mecanismos centrais do orgasmo convencional ou se envolve combinações específicas de sinais musculares, autonômicos e somatossensoriais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O coregasm é uma experiência orgástica relacionada à atividade física, descrita principalmente durante exercícios que exigem intensa ativação abdominal, estabilização do tronco, flexão do quadril e recrutamento do assoalho pélvico. A literatura disponível sustenta a existência do fenômeno, mas ainda não permite estabelecer sua prevalência real, identificar fatores predisponentes ou afirmar que determinado exercício seja capaz de produzi-lo de maneira previsível.

As hipóteses atuais apontam para a interação entre contrações do complexo lombo-pélvico, alterações da pressão intra-abdominal, aferências do nervo pudendo, ativação autonômica e integração cerebral de sinais relacionados ao prazer e à percepção corporal. Esses mecanismos são plausíveis, mas ainda não foram demonstrados simultaneamente durante episódios reais.

Na prática clínica, o fenômeno não deve ser patologizado quando não há sinais de alerta. O acolhimento, a informação científica, a preservação da privacidade e o respeito à autonomia corporal são mais adequados do que interpretações moralizantes ou intervenções desnecessárias. Também é fundamental não confundir coregasm com desejo sexual, consentimento ou melhora geral da função sexual.

O estudo do fenômeno amplia a compreensão da sexualidade humana ao mostrar que orgasmo, desejo, estimulação genital e contexto sexual não são elementos obrigatoriamente inseparáveis. A produção de evidências mais robustas poderá contribuir para uma visão integrada do corpo, do cérebro, do exercício e da saúde sexual.

REFERÊNCIAS

ASHTON-MILLER, J. A.; DELANCEY, J. O. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, v. 1101, p. 266–296, 2007.

BASSON, R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *International Journal of Impotence Research*, London, v. 20, supl. 3, p. S66–S74, 2008.

BØ, K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, London, v. 15, n. 2, p. 76–84, 2004.

GEORGIADIS, J. R.; KRINGELBACH, M. L. The human sexual response cycle: brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Progress in Neurobiology*, Oxford, v. 98, n. 1, p. 49–81, 2012.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, Oxford, v. 26, n. 2, p. 91–108, 2009.

GUADERRAMA, N. M. et al. The distribution of the pudendal nerve in the female pelvis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, v. 192, n. 2, p. 548–552, 2005.

HERBENICK, D.; FORTENBERRY, J. D. Exercise-induced orgasm and pleasure among women. *Sexual and Relationship Therapy*, Abingdon, v. 26, n. 4, p. 373–388, 2011.

KAPLAN, H. S. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1974.

MAH, K.; BINIK, Y. M. The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, Oxford, v. 21, n. 6, p. 823–856, 2001.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Company, 1966.

MESTON, C. M.; GORZALKA, B. B. The effects of immediate antecedent exercise on sexual arousal in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, Philadelphia, v. 21, n. 2, p. 101–113, 1995.

MESTON, C. M. et al. Women's orgasm. *Annual Review of Sex Research*, Philadelphia, v. 15, p. 173–257, 2004.

O'CONNELL, H. E.; SANJEEVAN, K. V.; HUTSON, J. M. Anatomy of the clitoris. *Journal of Urology*, Baltimore, v. 174, n. 4, p. 1189–1195, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization, 2006.

WHIPPLE, B.; KOMISARUK, B. R. Brain (PET) responses to vaginal-cervical self-stimulation in women with complete spinal cord injury: preliminary findings. *Journal of Sex & Marital Therapy*, Philadelphia, v. 28, supl. 1, p. 79–86, 2002.