ISSN: 2675-7222

SAS
South American Sciences

# ANTIDEPRESSIVOS E BRUXISMO: POSSÍVEIS ASSOCIAÇÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

## ANTIDEPRESSANTS AND BRUXISM: POSSIBLE ASSOCIATIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS

https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-267

Submetido em: 21/10/2026 e Publicado em: 28/10/2026

SAS: e26495

**Maria Vitória Ferreira da Paz**
Graduanda em Odontologia
Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB)
E-mail: mariavickk@gmail.com

**Filipe de Oliveira Teixeira Mendes Zica**
Graduando em Odontologia
Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB)
E-mail: filipeotmz0411@gmail.com

**Camila Maria Bastos Machado de Resende**
Doutora (Profa. Dra.) – Orientadora
Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB)
E-mail: camila.de@iesb.br

**Resumo**

O bruxismo é uma atividade repetitiva dos músculos mastigatórios, caracterizada pelo apertamento ou ranger dos dentes e/ou pela projeção da mandíbula, que pode ocorrer durante o sono ou em vigília e se relaciona a múltiplos fatores, entre eles o uso de medicamentos, com possíveis consequências clínicas. Este estudo teve como objetivo analisar as evidências disponíveis sobre a associação entre o uso de antidepressivos e o bruxismo do sono e em vigília, considerando os possíveis mecanismos envolvidos e as implicações clínicas. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com buscas nas bases PubMed, LILACS (por meio da Biblioteca Virtual em Saúde) e SciELO, no período de janeiro de 2015 a outubro de 2026, e busca manual complementar, que resultou em 11 estudos incluídos na síntese principal. Os estudos apontaram sinais de associação entre antidepressivos, principalmente inibidores seletivos da recaptação de serotonina e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, e o bruxismo. Entre os fármacos, paroxetina, fluoxetina e duloxetina apresentaram aumento do bruxismo do sono em estudos de acompanhamento de curto prazo; paroxetina, venlafaxina e duloxetina foram as mais associadas em estudo observacional transversal baseado em autorrelato, que não permite estabelecer relação causal entre o medicamento e o bruxismo; e os sinais para os demais antidepressivos provêm de notificações de

farmacovigilância. Os mecanismos discutidos envolvem os sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e noradrenérgico, com manifestações descritas após o início do tratamento ou o aumento da dose. A heterogeneidade dos métodos de avaliação, o predomínio de estudos observacionais e a influência de fatores psicológicos e do sono limitam a inferência causal. Conclui-se que os antidepressivos podem estar associados ao início ou à intensificação das manifestações de bruxismo em determinadas pessoas, sendo necessários estudos longitudinais com métodos padronizados de avaliação, e que o histórico medicamentoso e o trabalho interdisciplinar devem integrar a avaliação odontológica.

**Palavras-chave:** Antidepressivos; Bruxismo; Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos; Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina.

**Abstract**

Bruxism is a repetitive activity of the masticatory muscles, characterized by clenching or grinding of the teeth and/or by mandibular thrusting, that may occur during sleep or wakefulness and is related to multiple factors, including medication use, with possible clinical consequences. This study aimed to analyze the available evidence on the association between antidepressant use and sleep and awake bruxism, considering the possible mechanisms involved and the clinical implications. An integrative literature review was carried out, with searches in PubMed, LILACS (through the Virtual Health Library) and SciELO from January 2015 to October 2026, plus a complementary manual search, resulting in 11 studies included in the main synthesis. The studies pointed to signs of association between antidepressants, mainly selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and bruxism. Among the drugs, paroxetine, fluoxetine and duloxetine showed increased sleep bruxism in short-term follow-up studies; paroxetine, venlafaxine and duloxetine were the most associated in a cross-sectional observational study based on self-report, which does not allow a causal relationship between the drug and bruxism to be established; and the signals for the other antidepressants come from pharmacovigilance reports. The mechanisms discussed involve the serotonergic, dopaminergic and noradrenergic systems, with manifestations described after treatment initiation or dose increase. The heterogeneity of assessment methods, the predominance of observational studies and the influence of psychological and sleep-related factors limit causal inference. It is concluded that antidepressants may be associated with the onset or intensification of bruxism manifestations in some individuals, that longitudinal studies with standardized assessment methods are needed, and that medication history and interdisciplinary work should be part of the dental assessment.

**Keywords:** Antidepressive agents; Bruxism; Drug-related side effects and adverse reactions; Selective serotonin reuptake inhibitors.

## 1 INTRODUÇÃO

O bruxismo é definido, segundo o consenso internacional de 2025, como uma atividade repetitiva dos músculos mastigatórios, caracterizada pelo apertamento ou ranger dos dentes e/ou pela projeção da mandíbula (VERHOEFF et al., 2025). Essa atividade apresenta duas manifestações circadianas distintas. O bruxismo do sono é uma atividade muscular mastigatória que ocorre durante o sono e pode ser rítmica (fásica) ou não rítmica (tônica), ao passo que o bruxismo em vigília ocorre durante a vigília e se caracteriza por contato dentário repetitivo ou sustentado e/ou pela sustentação ou projeção da mandíbula (VERHOEFF et al., 2025). As definições do consenso especificam que essa atividade não é, por si só, um transtorno do movimento ou do sono. Como as duas manifestações têm características distintas, podem diferir quanto aos fatores associados e às consequências clínicas, e ambas se relacionam a fatores biológicos, psicológicos, comportamentais e ambientais (GOLDSTEIN; DESANTIS; GOODACRE, 2021).

Entre os fatores associados ao bruxismo estão os aspectos emocionais, como ansiedade, depressão e raiva (GOULART et al., 2021), as alterações do sono e o uso de medicamentos. Em relação a estes últimos, a literatura descreve diferentes classes farmacológicas como possíveis desencadeadoras ou agravantes da atividade, embora a força das evidências varie entre os medicamentos e os estudos. De Baat et al. (2021) destacaram que os dados disponíveis eram insuficientes para estabelecer conclusões definitivas sobre medicamentos capazes de induzir ou agravar o bruxismo do sono e o bruxismo em vigília.

Os antidepressivos são amplamente prescritos para transtornos de humor e de ansiedade. Entre eles, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) estão entre os medicamentos mais investigados nesse contexto. O bruxismo associado ao uso de ISRS foi descrito em relatos de caso sistematizados (GARRETT; HAWLEY, 2018) e em revisões da literatura (WALLEM; FELIPE-SPADA; TOMÀS-ALIBERAS, 2025), e George, Joy e Roy (2021) discutiram a possibilidade de que alterações nos sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e noradrenérgico participem dos mecanismos envolvidos no bruxismo induzido por medicamentos. Do ponto de vista clínico, discute-se ainda a necessidade de reavaliar a escolha do antidepressivo em pacientes com bruxismo e disfunção temporomandibular (RAJAN; SUN, 2017).

Nos últimos anos, estudos observacionais e de farmacovigilância ampliaram as evidências disponíveis, com sinais de associação para diferentes antidepressivos (MONTASTRUC, 2023) e maior chance de bruxismo entre usuários desses medicamentos em alguns cenários (MASSAHUD et al., 2022; SANTOS et al., 2026). Entre os estudos que investigaram diretamente o tema, Uca et al. (2015) compararam usuários de antidepressivos e controles quanto à prevalência de bruxismo do sono, e Kara et al. (2017)

empregaram avaliação instrumental antes e após o início de ISRS. Contudo, a condição psiquiátrica de base, a qualidade do sono e a diversidade de métodos usados para identificar o bruxismo dificultam a interpretação desses achados (PALA AVAN et al., 2025; LEONAN-SILVA et al., 2026).

Diante desse cenário, surge a questão que orienta este trabalho: o que a literatura disponível permite afirmar sobre a associação entre o uso de antidepressivos e o bruxismo do sono e em vigília, por quais mecanismos ela pode ocorrer e quais são suas implicações para a prática clínica? A análise integrada dessas evidências justifica-se porque o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional a identificar sinais e sintomas compatíveis com bruxismo em pacientes em tratamento antidepressivo, o que torna relevante conhecer o alcance e as limitações do conhecimento atual para orientar a avaliação clínica e a comunicação com os demais profissionais de saúde.

Optou-se por delimitar o estudo aos antidepressivos, uma vez que os dados específicos sobre ansiolíticos nos estudos identificados foram escassos e não permitiram analisar adequadamente esse grupo. Os objetivos deste estudo são apresentados a seguir, e o método empregado na revisão é descrito na sequência do texto.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as evidências disponíveis sobre a associação entre o uso de antidepressivos e o bruxismo do sono e em vigília, considerando os possíveis mecanismos envolvidos e as implicações clínicas.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as classes de antidepressivos e os fármacos investigados em associação com o bruxismo;
- Descrever os métodos utilizados para avaliar o bruxismo do sono e em vigília;
- Analisar a relação temporal e os possíveis mecanismos envolvidos nessa associação;
- Discutir as implicações clínicas e as possibilidades de manejo descritas na literatura.

## 3 MATERIAL E MÉTODOS

### 3.1 TIPO DE ESTUDO E ESTRATÉGIA DE BUSCA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e descritiva, desenvolvida para analisar as evidências sobre a associação entre o uso de antidepressivos e o bruxismo do sono e em vigília. O método seguiu as etapas habituais desse tipo de revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010): definição da pergunta de pesquisa, busca e seleção dos estudos, extração dos dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e síntese do conhecimento. A pergunta que orientou a revisão

foi: o que a literatura disponível permite afirmar sobre a associação entre o uso de antidepressivos e o bruxismo do sono e em vigília, por quais mecanismos ela pode ocorrer e quais são suas implicações para a prática clínica? Não foi realizada avaliação formal do risco de viés por instrumento padronizado; a análise crítica foi descritiva e considerou o delineamento, o método de avaliação do bruxismo e as limitações de cada estudo.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e Scientific Electronic Library Online (SciELO). As estratégias foram construídas com termos livres (palavras-chave), em português e inglês, relacionados a bruxismo, bruxismo do sono, bruxismo em vigília, antidepressivos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina e, nas estratégias complementares, aos principais medicamentos dessas classes. Nas estratégias registradas, não constam descritores controlados dos vocabulários MeSH ou DeCS aplicados como campo de busca. Os termos referentes ao mesmo conceito foram combinados com o operador booleano OR, e os conjuntos relativos ao bruxismo e aos antidepressivos foram associados pelo operador AND. Foram consideradas publicações entre janeiro de 2015 e outubro de 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, com aplicação dos filtros de período e de idioma nas bases em que estavam disponíveis. A última busca foi realizada em outubro de 2026. Adicionalmente, foi realizada busca manual por título ou DOI de publicações potencialmente elegíveis e nas listas de referências dos estudos selecionados. O Google Acadêmico não integrou a busca formal. As estratégias registradas para cada base foram as seguintes:

PubMed: (“bruxism” OR “sleep bruxism” OR “awake bruxism”) AND (“antidepressants” OR “selective serotonin reuptake inhibitors” OR “serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors” OR “SSRI” OR “SNRI”); e, na busca complementar por medicamentos, (“bruxism” OR “sleep bruxism” OR “awake bruxism”) AND (sertraline OR fluoxetine OR paroxetine OR escitalopram OR citalopram OR venlafaxine OR duloxetine OR vortioxetine OR mirtazapine).

BVS/LILACS: (bruxismo OR “bruxismo do sono” OR “bruxismo em vigília” OR bruxism) AND (antidepressivos OR antidepressants OR ISRS OR IRSN OR SSRI OR SNRI); e (bruxismo OR bruxism) AND (sertralina OR fluoxetina OR paroxetina OR escitalopram OR citalopram OR venlafaxina OR duloxetina OR vortioxetina OR mirtazapina).

SciELO: bruxismo AND antidepressivos; e “sleep bruxism” AND antidepressants.

## 3.2 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos estudos foi realizada em etapas: remoção das duplicatas, leitura de títulos e resumos e leitura dos textos completos dos estudos potencialmente elegíveis, com aplicação dos critérios descritos a seguir. Os estudos de Uca et al., Kara et al., Revet et al. e Melo et al. foram verificados por título e DOI,

e aqueles não recuperados nas bases foram registrados como busca manual. Os números de registros recuperados em cada base, de duplicatas removidas e de textos avaliados e excluídos em cada etapa não foram anotados no momento da busca e, por isso, não são apresentados; optou-se por não reconstruí-los por estimativa, para preservar a fidelidade do relato. Os critérios aplicados em cada etapa estão descritos a seguir. Ao final, 23 publicações foram utilizadas no trabalho: 11 estudos atenderam aos critérios da síntese principal e 12 publicações foram empregadas como literatura complementar.

Foram incluídos na síntese principal os estudos publicados entre janeiro de 2015 e outubro de 2026, em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, que investigaram ou analisaram diretamente a possível associação entre o uso de antidepressivos e o bruxismo do sono e/ou em vigília, com análise específica dos antidepressivos (isolados ou como classe), abrangendo estudos observacionais, estudos de acompanhamento com avaliação instrumental, estudos de farmacovigilância, revisões sistemáticas e revisões da literatura. O período foi estabelecido a partir de 2015 por corresponder à publicação de Uca et al. (2015), estudo com 807 participantes que investigou a prevalência, a incidência e os fatores relacionados ao bruxismo do sono em pacientes em uso de antidepressivos; publicações anteriores consideradas relevantes para a contextualização histórica e para a discussão do manejo foram utilizadas como literatura complementar, sem integrar a síntese principal. Foram excluídas publicações duplicadas, relatos e séries de casos individuais, resumos de congresso, editoriais e cartas, estudos em animais, estudos que abordaram exclusivamente ansiolíticos ou outros psicofármacos que não os antidepressivos, publicações sem dados específicos ou sem discussão diretamente pertinente à associação e textos sem acesso integral. Revisões sistemáticas de relatos de caso foram incluídas como revisões, sem que os casos nelas reunidos fossem contabilizados como estudos independentes, e o mesmo princípio foi aplicado às demais revisões. Consensos, instrumentos de avaliação, estudos sobre fatores psicológicos e do sono, populações específicas, como estudantes de Odontologia, e manejo geral do bruxismo, bem como a publicação sobre a escolha do antidepressivo em pacientes com bruxismo e disfunção temporomandibular (RAJAN; SUN, 2017), o artigo sobre manejo clínico do bruxismo associado a antidepressivos (CLIATT; WILLIAMS; KOCH, 2025) e as revisões que abordaram medicamentos ou psicofármacos de forma ampla, sem análise específica dos antidepressivos (DE BAAT et al., 2021; GEORGE; JOY; ROY, 2021; MELO et al., 2018), não foram contabilizados na síntese principal por não investigarem diretamente a associação ou por abordarem medicamentos e psicofármacos em geral, mas foram utilizados na Introdução e na Discussão como literatura complementar.

## 3.3 EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para cada artigo selecionado, foram extraídos autor e ano de publicação, delineamento, população ou amostra, medicamento ou classe farmacológica investigada, tipo de bruxismo avaliado, instrumento ou

método de avaliação do bruxismo, relação temporal entre o uso do medicamento e o bruxismo, principais resultados, mecanismos discutidos e limitações metodológicas. A análise foi qualitativa, descritiva e comparativa, buscando identificar convergências e divergências entre os estudos, e a síntese foi organizada de acordo com os objetivos específicos.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Os 11 estudos incluídos na síntese principal foram publicados entre 2015 e 2026 e compreenderam três revisões da literatura (uma delas sistemática, de relatos de caso) e oito estudos originais (dois deles de farmacovigilância), com delineamentos e populações distintos. O Quadro 1 sintetiza as principais características desses trabalhos, incluindo o tipo de bruxismo avaliado, o método de avaliação, a relação temporal e as limitações. Os estudos sobre definição de bruxismo, fatores emocionais, estudantes de Odontologia e manejo geral, a publicação sobre a escolha do antidepressivo, o artigo sobre manejo clínico e as revisões sobre medicamentos e psicofármacos em geral (DE BAAT et al., 2021; GEORGE; JOY; ROY, 2021; MELO et al., 2018) foram utilizados como literatura complementar e não integram o quadro.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos diretamente relacionados ao uso de antidepressivos

| Autor (ano) | Delineamento e amostra | Tipo de bruxismo e método de avaliação | Principais achados, relação temporal e limitações |
|---|---|---|---|
| Uca et al. (2015) | Estudo observacional transversal com 807 pacientes de dois hospitais (506 em uso de antidepressivos e 301 controles) | Bruxismo do sono; autorrelato, com base nos critérios da ICSD-2 | Prevalência de 24,3% no grupo com antidepressivos e de 15,3% nos controles; incidência de bruxismo induzido por antidepressivo de 14,0%, com base em autorrelato e em delineamento transversal, sem possibilidade de estabelecer relação causal; paroxetina, venlafaxina e duloxetina foram os fármacos mais associados; maior idade entre os afetados. Limitações: bruxismo definido por relato dos participantes, sem avaliação instrumental |
| Kara et al. (2017) | Estudo de acompanhamento com 30 usuários de ISRS (15 de fluoxetina e 15 de paroxetina); 53 pacientes com sintomas prévios de bruxismo foram excluídos | Bruxismo do sono; avaliação instrumental com BiteStrip antes da primeira dose e no 7º e no 15º dia | Escores de BiteStrip maiores no 7º e no 15º dia do que na medida inicial ($p < 0,01$); aumento em 26 pacientes (86,6%) no 7º dia e em 27 (90%) no 15º dia; apenas 6 perceberam, pelo autorrelato, o início ou a piora dos sintomas. Limitações: amostra pequena e acompanhamento de 15 dias |

| Autor (ano) | Delineamento e amostra | Tipo de bruxismo e método de avaliação | Principais achados, relação temporal e limitações |
|---|---|---|---|
| Garrett e Hawley (2018) | Revisão sistemática de relatos de caso sobre bruxismo associado ao uso de ISRS | Bruxismo associado ao uso de antidepressivos; avaliação conforme descrita nos relatos de caso | Sintomas descritos com o uso de curto e de longo prazo; poucos dados sobre incidência e mecanismos. Limitações: evidência baseada em relatos de caso, sem meta-análise |
| Revet et al. (2020) | Estudo de farmacovigilância (VigiBase®, OMS; janeiro de 1967 a fevereiro de 2017), delineamento caso/não caso, com nove transtornos do movimento | Notificações espontâneas de eventos adversos, sem avaliação clínica direta do bruxismo | Para os antidepressivos em geral, o bruxismo apresentou o maior ROR entre os nove transtornos (ROR = 10,37; IC95%: 9,62–11,17). Limitações: o ROR mede desproporcionalidade de notificação, não incidência, risco ou causalidade; base de dados compartilhada com Montastruc (2023) |
| Massahud et al. (2022) | Estudo transversal com 240 indivíduos submetidos à polissonografia | Bruxismo do sono; polissonografia | Associação entre bruxismo do sono e gravidade da AOS; comparação direta com antidepressivos sem significância (p = 0,072); regressão com OR = 2,387 (p = 0,005); relação considerada inconclusiva. Limitações: delineamento transversal não permite estabelecer a relação temporal |
| Montastruc (2023) | Estudo de farmacovigilância (base da Organização Mundial da Saúde); 564 notificações de bruxismo | Notificações espontâneas de eventos adversos, sem avaliação clínica direta do bruxismo | Sinais para sertralina, escitalopram, venlafaxina, vortioxetina, citalopram, paroxetina, fluoxetina e duloxetina. Limitações: sem estimativa de incidência, risco relativo ou causalidade individual |
| Güldiken et al. (2024) | Estudo com 125 pacientes com depressão em uso de ISRS ou IRSN, avaliados na 1ª e na 4ª semana de tratamento | Bruxismo do sono e em vigília; avaliação na 1ª e na 4ª semana de tratamento | Sem influência significativa global no período inicial; aumento do bruxismo do sono na 4ª semana apenas entre os homens (p = 0,015) e com paroxetina e duloxetina (p = 0,013). Limitações: acompanhamento de curto prazo |
| Pala Avan et al. (2025) | 273 pacientes com depressão ou ansiedade em uso de antidepressivos e 273 controles saudáveis | Questionário de bruxismo, com avaliação complementar por entrevista clínica; sem distinção entre bruxismo do sono e em vigília nos dados extraídos | Bruxismo em 73,3% dos pacientes e 28,2% dos controles (p < 0,001); entre os pacientes, associação com histórico familiar de ranger de dentes, pior qualidade do sono e maior sonolência diurna. Limitações: a comparação com controles saudáveis não separa o efeito do fármaco do efeito do transtorno psiquiátrico |
| Wallem, Felipe-Spada e Tomàs-Aliberas (2025) | Revisão da literatura | ISRS e bruxismo; não se aplica (revisão) | Associação aparente. Limitações: diferenças metodológicas limitam a relação causal |

| Autor (ano) | Delineamento e amostra | Tipo de bruxismo e método de avaliação | Principais achados, relação temporal e limitações |
|---|---|---|---|
| Santos et al. (2026) | Estudo transversal retrospectivo com 583 pacientes de clínica de disfunção temporomandibular (2013–2024); 53 usuários de ISRS ou IRSN | Autorrelato e desgaste dentário (dados retrospectivos, sem aplicação de critérios padronizados) | Sinais de bruxismo em 43 dos 53 usuários (81,1%); OR = 2,52 (IC95%: 1,21–5,23; p = 0,014). Limitações: delineamento retrospectivo não permite estabelecer a sequência temporal; amostra proveniente de clínica de DTM |
| Leonan-Silva et al. (2026) | Revisão crítica alinhada aos princípios da Standardised Tool for the Assessment of Bruxism (STAB) | Bruxismo autorrelatado e clinicamente relatado em estudos com ISRS e IRSN | Predomínio de estudos observacionais e de autorrelato e avaliação clínica, uso restrito da avaliação instrumental e dificuldade de inferência causal |

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

De modo geral, os estudos identificaram possível associação entre determinados antidepressivos e a manifestação do bruxismo, especialmente entre os pertencentes às classes dos ISRS e dos IRSN. Os resultados, entretanto, não foram uniformes: a força da associação variou conforme o medicamento investigado, a população estudada e o método empregado para identificar o bruxismo.

## 4.2 CLASSES E FÁRMACOS INVESTIGADOS

A maior parte das evidências refere-se aos ISRS e aos IRSN. Wallem, Felipe-Spada e Tomàs-Aliberas (2025) identificaram associação aparente entre ISRS e bruxismo, e Santos et al. (2026) e Leonan-Silva et al. (2026) concentraram-se em usuários de ISRS e IRSN. Kara et al. (2017) estudaram exclusivamente fluoxetina e paroxetina, e Uca et al. (2015) apontaram paroxetina, venlafaxina e duloxetina como os fármacos mais associados ao bruxismo. No estudo de farmacovigilância de Montastruc (2023), foram identificados sinais de associação com bruxismo para oito antidepressivos: sertralina, escitalopram, venlafaxina, vortioxetina, citalopram, paroxetina, fluoxetina e duloxetina. Güldiken et al. (2024), em pacientes acompanhados desde o início do tratamento, não observaram influência significativa global dos antidepressivos sobre o bruxismo no período inicial, mas verificaram aumento do bruxismo do sono na quarta semana com paroxetina e duloxetina. Revet et al. (2020) analisaram os antidepressivos em conjunto e identificaram, entre nove transtornos do movimento, o maior ROR para o bruxismo. Outros estudos avaliaram os antidepressivos como grupo, sem individualizar os fármacos (MASSAHUD et al., 2022; PALA AVAN et al., 2025). O Quadro 2 reúne essas informações.

Quadro 2 – Antidepressivos apontados nos estudos incluídos

| Fármaco | Classe | Tipo de evidência | Resultado | Limitação |
|---|---|---|---|---|
| Paroxetina | ISRS | Estudo observacional transversal com autorrelato (UCA et al., 2015); avaliação instrumental com BiteStrip (KARA et al., 2017); estudo de acompanhamento (GÜLDIKEN et al., 2024); farmacovigilância (MONTASTRUC, 2023) | Entre os fármacos mais associados ao bruxismo do sono em Uca et al. (2015); aumento dos escores de BiteStrip no 7º e no 15º dia no conjunto de 30 usuários de fluoxetina ou paroxetina; aumento do bruxismo do sono na quarta semana; sinal de farmacovigilância | Autorrelato; amostras pequenas e acompanhamento de curto prazo; notificações espontâneas sem estimativa de incidência ou causalidade |
| Fluoxetina | ISRS | Avaliação instrumental com BiteStrip (KARA et al., 2017); farmacovigilância (MONTASTRUC, 2023) | Aumento dos escores de BiteStrip no 7º e no 15º dia no conjunto de usuários de fluoxetina ou paroxetina; sinal de farmacovigilância | Amostra pequena (15 usuários de fluoxetina) e acompanhamento de 15 dias; notificações espontâneas sem estimativa de incidência ou causalidade |
| Venlafaxina | IRSN | Estudo observacional transversal com autorrelato (UCA et al., 2015); farmacovigilância (MONTASTRUC, 2023) | Entre os fármacos mais associados ao bruxismo do sono em Uca et al. (2015); sinal de farmacovigilância | Autorrelato; notificações espontâneas sem estimativa de incidência ou causalidade |
| Duloxetina | IRSN | Estudo observacional transversal com autorrelato (UCA et al., 2015); estudo de acompanhamento (GÜLDIKEN et al., 2024); farmacovigilância (MONTASTRUC, 2023) | Entre os fármacos mais associados ao bruxismo do sono em Uca et al. (2015); aumento do bruxismo do sono na quarta semana de tratamento; sinal de farmacovigilância | Autorrelato; estudo com 125 pacientes e acompanhamento de curto prazo; notificações espontâneas sem estimativa de incidência ou causalidade |
| Sertralina, escitalopram e citalopram | ISRS | Farmacovigilância (MONTASTRUC, 2023) | Sinais de associação com bruxismo na base de farmacovigilância da OMS | Notificações espontâneas; sem estimativa de incidência ou causalidade |
| Vortioxetina | Antidepressivo multimodal serotoninérgico | Farmacovigilância (MONTASTRUC, 2023) | Sinal de associação com bruxismo na base de farmacovigilância da OMS | Notificações espontâneas; sem estimativa de incidência ou causalidade |

| Fármaco | Classe | Tipo de evidência | Resultado | Limitação |
|---|---|---|---|---|
| Antidepressivos como grupo (fármaco não individualizado) | ISRS e IRSN | Revisão (WALLEM; FELIPE-SPADA; TOMÀS-ALIBERAS, 2025); farmacovigilância (REVET et al., 2020); estudos observacionais (SANTOS et al., 2026; PALA AVAN et al., 2025; MASSAHUD et al., 2022) | Associação aparente com ISRS; ROR = 10,37 para bruxismo; OR = 2,52 em usuários de ISRS e IRSN; bruxismo em 73,3% dos usuários e 28,2% dos controles; OR = 2,387 na regressão (comparação direta sem significância) | Delineamentos transversais e de notificação; diferenças metodológicas; influência do transtorno psiquiátrico e do sono |

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base nos estudos citados.

Quanto aos fármacos individualizados, é preciso distinguir o tipo de evidência. A paroxetina foi o fármaco apontado em maior número de desenhos distintos: por autorrelato em estudo observacional (UCA et al., 2015), por avaliação instrumental com BiteStrip (KARA et al., 2017), por aumento do bruxismo do sono na quarta semana de tratamento (GÜLDIKEN et al., 2024) e por sinal de farmacovigilância (MONTASTRUC, 2023). A fluoxetina foi avaliada instrumentalmente por Kara et al. (2017), e a duloxetina e a venlafaxina foram apontadas por Uca et al. (2015), além de a duloxetina ter apresentado aumento do bruxismo do sono em Güldiken et al. (2024). Para sertralina, escitalopram, citalopram e vortioxetina, os sinais identificados nos estudos incluídos provêm de notificações de farmacovigilância (MONTASTRUC, 2023), que não permitem estimar incidência nem causalidade. A identificação de associação em determinados estudos, contudo, não significa que todos os pacientes tratados desenvolverão bruxismo, nem que o medicamento seja o único responsável pela manifestação.

## 4.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO BRUXISMO DO SONO E EM VIGÍLIA

Os métodos utilizados para identificar o bruxismo foram bastante heterogêneos. Massahud et al. (2022) empregaram a polissonografia em 240 indivíduos, método que permite avaliar o bruxismo do sono em conjunto com outros parâmetros do sono, como a apneia obstrutiva. Kara et al. (2017) utilizaram o BiteStrip, dispositivo descartável de triagem domiciliar do bruxismo do sono, antes do início do tratamento e no 7º e no 15º dia. Uca et al. (2015) estabeleceram o bruxismo do sono por relato dos participantes, com base na Classificação Internacional dos Transtornos do Sono (ICSD-2), e Pala Avan et al. (2025) combinaram um questionário de bruxismo com a avaliação complementar por entrevista clínica. Outros estudos utilizaram registros da atividade muscular, autorrelato, questionários, avaliação clínica ou a presença de desgaste dentário. Santos et al. (2026), por exemplo, basearam a identificação do bruxismo em autorrelato e em sinais clínicos de desgaste dentário, pois os dados foram coletados retrospectivamente, o

que impossibilitou a aplicação dos critérios padronizados atualmente recomendados. Já os estudos de Montastruc (2023) e de Revet et al. (2020) basearam-se em notificações espontâneas de eventos adversos, que não envolvem avaliação clínica direta do bruxismo.

A Standardised Tool for the Assessment of Bruxism (STAB; MANFREDINI et al., 2024) é uma ferramenta multidimensional composta por dois eixos. O Eixo A avalia o status do bruxismo e suas consequências, por meio do relato do indivíduo (autorrelato), da avaliação clínica, realizada por um examinador, e da avaliação instrumental, feita com o auxílio de tecnologia. O Eixo B reúne fatores e condições que podem ter associação etiológica ou comórbida com o bruxismo. Os componentes do Eixo A avaliam dimensões diferentes do bruxismo: o autorrelato informa a percepção e a experiência do indivíduo; a avaliação clínica identifica sinais e possíveis consequências; e a avaliação instrumental registra a atividade muscular. Por isso, constituem abordagens complementares, e não uma simples divisão entre métodos "subjetivos" e "objetivos". Leonan-Silva et al. (2026), ao examinarem criticamente os estudos com ISRS e IRSN à luz dos princípios da STAB, destacaram o predomínio do autorrelato e da avaliação clínica, o uso restrito da avaliação instrumental e as diferenças entre os estudos na forma de identificar o bruxismo.

Quanto ao tipo de bruxismo, Uca et al. (2015) e Kara et al. (2017) avaliaram o bruxismo do sono. Güldiken et al. (2024) avaliaram manifestações em vigília e durante o sono nas primeiras semanas de tratamento e observaram aumento do bruxismo do sono na quarta semana com paroxetina e duloxetina, e Massahud et al. (2022) avaliaram o bruxismo do sono por polissonografia. De modo geral, os estudos analisados descreveram de forma menos detalhada o bruxismo em vigília associado aos antidepressivos do que o bruxismo do sono.

## 4.4 RELAÇÃO TEMPORAL E MECANISMOS ENVOLVIDOS

### 4.4.1 Relação temporal

A relação temporal foi investigada de forma mais direta em dois estudos de acompanhamento. Kara et al. (2017) avaliaram 30 usuários de fluoxetina ou paroxetina com o BiteStrip antes da primeira dose e no 7º e no 15º dia, após excluírem os pacientes que já apresentavam sintomas de bruxismo, e observaram escores maiores nos dois momentos ($p < 0,01$), com aumento em 86,6% dos pacientes no 7º dia e em 90% no 15º dia; apenas seis pacientes perceberam, pelo autorrelato, o início ou a piora dos sintomas. Güldiken et al. (2024) acompanharam 125 pacientes com depressão nas primeiras semanas de tratamento com ISRS ou IRSN: não houve influência significativa global dos antidepressivos no período inicial, mas o bruxismo do sono aumentou na quarta semana com paroxetina e duloxetina e, no conjunto da amostra, apenas entre os homens. Uca et al. (2015) relataram incidência de 14,0% de bruxismo induzido por antidepressivo, com base no autorrelato dos participantes e em delineamento transversal, o que não permite estabelecer relação causal entre o medicamento e o bruxismo. A sistematização de relatos de caso de Garrett e Hawley (2018)

indica que os sintomas podem surgir tanto com o uso de curto quanto de longo prazo, mas parte importante da evidência sobre o tema provém de casos individuais, e Cliatt, Williams e Koch (2025), em artigo sobre manejo clínico, descrevem que as manifestações podem surgir após o início do tratamento ou o aumento da dose. Por outro lado, estudos transversais e retrospectivos, como os de Massahud et al. (2022) e Santos et al. (2026), identificaram associações, mas não permitem estabelecer a sequência entre o início do medicamento e o surgimento do bruxismo, e as notificações espontâneas de farmacovigilância não permitem determinar incidência, risco relativo ou causalidade individual (MONTASTRUC, 2023; REVET et al., 2020).

Nos estudos que estimaram medidas de frequência ou de associação, Uca et al. (2015) encontraram bruxismo do sono em 24,3% de 506 usuários de antidepressivos e em 15,3% de 301 controles. Massahud et al. (2022) observaram que a comparação direta entre o uso de antidepressivos e o bruxismo do sono não foi estatisticamente significativa ($p = 0,072$), ao passo que a regressão logística indicou maior chance entre os usuários (OR = 2,387; $p = 0,005$), e os autores consideraram a relação inconclusiva. Santos et al. (2026) encontraram sinais de bruxismo em 43 de 53 usuários de ISRS ou IRSN (81,1%) e maior chance de bruxismo entre eles (OR = 2,52; IC95%: 1,21–5,23; $p = 0,014$). Pala Avan et al. (2025) identificaram bruxismo em 73,3% de 273 pacientes com depressão ou transtorno de ansiedade em uso de antidepressivos e em 28,2% de 273 controles saudáveis ($p < 0,001$). Revet et al. (2020) encontraram, para os antidepressivos em geral, o maior ROR entre nove transtornos do movimento para o bruxismo (ROR = 10,37; IC95%: 9,62–11,17); trata-se de medida de desproporcionalidade de notificação, que não representa incidência, risco absoluto ou causalidade e não é comparável às razões de chances dos estudos observacionais. Como Revet et al. (2020) e Montastruc (2023) utilizaram a mesma base de farmacovigilância (VigiBase®), com períodos de notificação sobrepostos, seus achados não constituem confirmações independentes.

### 4.4.2 Mecanismos e fatores associados

Entre os estudos incluídos, os mecanismos foram abordados de forma limitada: a sistematização de relatos de caso de Garrett e Hawley (2018) aponta poucos dados sobre mecanismos, e a hipótese mais específica provém da análise de farmacovigilância de Montastruc (2023), que observou associação negativa entre os valores de ROR e a afinidade dos antidepressivos pelo transportador de noradrenalina, mas não pelo transportador de serotonina; os autores sugeriram vínculo maior com a recaptação de noradrenalina do que com a de serotonina, hipótese baseada em dados de notificação. Hipóteses mais amplas, envolvendo os sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e noradrenérgico, são discutidas na seção 5.1. Esses mecanismos são hipóteses de plausibilidade biológica, e não vias comprovadas em seres humanos.

Em paralelo, diversos fatores podem atuar como associados ou de confusão. No estudo de Pala Avan et al. (2025), o bruxismo relacionou-se também à qualidade do sono, à sonolência diurna e ao histórico

familiar de ranger de dentes, Uca et al. (2015) observaram maior idade entre os pacientes com bruxismo induzido por antidepressivo, e Massahud et al. (2022) demonstraram associação entre o bruxismo do sono e a gravidade da apneia obstrutiva do sono. Assim, a associação observada não pode ser atribuída exclusivamente à farmacoterapia.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 A ASSOCIAÇÃO ENTRE ANTIDEPRESSIVOS E BRUXISMO

Os achados desta revisão indicam sinais de possível associação entre determinados antidepressivos, sobretudo ISRS e IRSN, e manifestações de bruxismo, observados em delineamentos diversos: farmacovigilância (MONTASTRUC, 2023; REVET et al., 2020), estudos comparativos (UCA et al., 2015; PALA AVAN et al., 2025), estudos retrospectivos (SANTOS et al., 2026) e estudos com pacientes acompanhados após o início do tratamento, inclusive com avaliação instrumental (KARA et al., 2017; GÜLDIKEN et al., 2024). As razões de chances apresentadas por Massahud et al. (2022) e Santos et al. (2026), em torno de 2,4 a 2,5, apontam maior chance de bruxismo entre usuários, mas o intervalo de confiança amplo observado por Santos et al. (2026) e a discordância entre a comparação direta e a regressão no estudo de Massahud et al. (2022) indicam que os resultados são sensíveis à amostra e à estratégia de análise. Os resultados, porém, não são uniformes: no estudo de Güldiken et al. (2024), o efeito dos antidepressivos sobre o bruxismo, no período inicial, não foi significativo no conjunto da amostra e restringiu-se ao bruxismo do sono, a fármacos específicos e aos homens, ao passo que, em Kara et al. (2017), os escores de BiteStrip aumentaram na maioria dos 30 pacientes já nos primeiros 15 dias. Essa diferença pode refletir variações de amostra, de fármacos e, principalmente, do método de avaliação, e não permite afirmar qual resultado é mais representativo.

A principal dificuldade de interpretação é separar o efeito do medicamento do efeito da condição para a qual ele é prescrito. Como depressão e ansiedade estão elas próprias relacionadas ao bruxismo (GOULART et al., 2021; CASPARY ROITHMANN et al., 2025), e psicotrópicos, ansiedade e alterações do sono também se associaram a maior frequência de bruxismo em estudantes de Odontologia (HILGENBERG-SYDNEY et al., 2024), comparar usuários de antidepressivos com indivíduos saudáveis, como no estudo de Pala Avan et al. (2025), não permite distinguir a contribuição da farmacoterapia da contribuição do transtorno psiquiátrico, da pior qualidade do sono e de outros fatores. A elevada proporção de bruxismo entre os usuários no estudo de Santos et al. (2026) também deve ser vista com cautela, pois a amostra provém de uma clínica de disfunção temporomandibular, contexto em que o bruxismo tende a ser mais frequente. Do mesmo modo, os dados de farmacovigilância funcionam como sinais que orientam a atenção clínica, mas não medem risco (MONTASTRUC, 2023).

Em revisão de 43 publicações sobre bruxismo induzido por medicamentos em geral, George, Joy e Roy (2021) destacaram a influência dos neurotransmissores e de seus receptores, e os mecanismos propostos, envolvendo os sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e noradrenérgico, oferecem plausibilidade biológica para a associação, mas permanecem, na literatura analisada, como hipóteses discutidas e não como vias demonstradas. Isso é coerente com a conclusão de De Baat et al. (2021) de que as evidências sobre medicamentos e bruxismo eram insuficientes para conclusões definitivas e com a constatação de Wallem, Felipe-Spada e Tomàs-Aliberas (2025) de que as diferenças metodológicas limitam a inferência causal. A revisão sistemática de Melo et al. (2018) sobre medicamentos psicotrópicos e bruxismo do sono, utilizada aqui como literatura complementar por abordar psicofármacos em geral, oferece contexto para a comparação com os estudos incluídos e, por reunir estudos primários, não é contabilizada como confirmação independente dos achados discutidos. Com base nas evidências disponíveis, os antidepressivos não podem ser considerados fatores etiológicos independentes do bruxismo; alguns medicamentos podem estar associados ao início ou à intensificação de manifestações em determinadas pessoas, e a interpretação depende do delineamento, da temporalidade e dos fatores de confusão.

## 5.2 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO E TIPOS DE BRUXISMO

Segundo o consenso de 2025, a avaliação do bruxismo pode basear-se em autorrelato, em exame clínico e em avaliação instrumental (VERHOEFF et al., 2025), abordagens que avaliam dimensões diferentes e, por isso, não são intercambiáveis. A heterogeneidade dos métodos de avaliação é um dos principais limitadores da comparação entre os estudos. A polissonografia, empregada por Massahud et al. (2022), oferece uma avaliação instrumental do bruxismo do sono, mas é pouco utilizada nos demais estudos, que recorrem sobretudo a autorrelato, questionários e sinais clínicos, como o desgaste dentário. Esses últimos são mais viáveis em amostras grandes ou em dados retrospectivos, mas não permitem a aplicação dos critérios padronizados, como apontado por Santos et al. (2026) e por Leonan-Silva et al. (2026). Além disso, a possibilidade de que o próprio uso do medicamento, a depressão e a ansiedade alterem a percepção e o relato de sintomas pode influenciar os resultados obtidos por autorrelato.

Quanto ao tipo de bruxismo, os achados mais específicos para antidepressivos referem-se ao bruxismo do sono, como no estudo de Güldiken et al. (2024), enquanto o bruxismo em vigília foi descrito de forma menos detalhada. Como os dois tipos de bruxismo têm características distintas e podem ter fatores associados diferentes, a ausência de análises separadas limita conclusões sobre o bruxismo em vigília e indica uma lacuna a ser explorada.

## 5.3 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Do ponto de vista clínico, os resultados reforçam que o histórico medicamentoso, incluindo o uso de antidepressivos, o momento de início e as alterações recentes de dose, deve ser investigado na anamnese de pacientes com sinais e sintomas de bruxismo, particularmente quando estes surgem ou se agravam após mudanças na farmacoterapia. Cliatt, Williams e Koch (2025) descrevem que as manifestações podem surgir após o início do tratamento ou o aumento da dose do antidepressivo e ressaltam que não existem diretrizes específicas aprovadas para o manejo do bruxismo induzido por antidepressivos, com estratégias baseadas principalmente em relatos e na experiência clínica. A revisão sistemática de Minakuchi et al. (2022) sobre o manejo do bruxismo do sono em adultos identificou diferentes abordagens terapêuticas, mas também limitações na qualidade das evidências, o que reforça que a avaliação deve considerar a natureza multifatorial do bruxismo e as características individuais do paciente. Assim, a conduta precisa ser individualizada, levando em conta também os fatores psicológicos e do sono.

Na anamnese, destacam-se como aspectos relevantes e possíveis fatores associados ou de confusão: a existência de bruxismo antes do início da medicação, a data de início do tratamento, a titulação e as alterações recentes da dose, o momento de aparecimento ou de intensificação das manifestações, o tipo de bruxismo, a presença de ansiedade, depressão e estresse, a qualidade do sono, a insônia e a apneia obstrutiva do sono, o consumo de cafeína, álcool, nicotina e outros estimulantes, o uso de outros medicamentos e o histórico familiar. Esses elementos não foram avaliados de modo uniforme pelos estudos incluídos; a qualidade do sono, o histórico familiar e a apneia obstrutiva do sono foram relacionados ao bruxismo por Pala Avan et al. (2025) e Massahud et al. (2022), e Kara et al. (2017), ao excluírem pacientes com sintomas prévios, evidenciaram a importância de documentar a presença de bruxismo antes do tratamento.

Por se tratar de tratamento de uma condição psiquiátrica, eventuais reduções de dose, trocas de molécula ou de classe e interrupções do antidepressivo cabem exclusivamente ao profissional responsável pela prescrição, que deve considerar os benefícios e os riscos do tratamento psiquiátrico, o que reforça a importância da comunicação entre o cirurgião-dentista e a equipe que acompanha o paciente. O cirurgião-dentista não deve suspender, reduzir ou substituir o antidepressivo por conta própria. Nesse sentido, a discussão sobre a escolha do antidepressivo em pacientes com bruxismo e disfunção temporomandibular (RAJAN; SUN, 2017) representa uma decisão a ser tomada de forma conjunta e individualizada, e não uma recomendação para que o paciente modifique o tratamento por conta própria. Ao cirurgião-dentista cabem o acompanhamento das manifestações, a documentação da relação temporal com o início ou o ajuste do tratamento, a comunicação com o prescritor, a proteção das estruturas orais quando indicada no bruxismo do sono e o encaminhamento para acompanhamento psicológico quando pertinente. A buspirona é mencionada no manejo do bruxismo associado a antidepressivos (CLIATT; WILLIAMS; KOCH, 2025), mas as evidências sobre esse uso provêm principalmente de relatos de caso e são insuficientes para

considerá-la um tratamento ou antídoto comprovado. A melhora relatada pode estar relacionada a diferentes fatores, como a retirada, a redução ou a substituição do antidepressivo, além de outras variáveis clínicas, e não deve ser atribuída automaticamente à buspirona, pois os relatos não permitem estabelecer relação causal.

### 5.4 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Esta revisão apresenta limitações inerentes ao seu delineamento. Por ser uma revisão integrativa, não incluiu avaliação formal do risco de viés dos estudos por instrumento padronizado, e a busca em três bases, ainda que complementada por busca manual, e o recorte temporal a partir de 2015 podem ter deixado de contemplar publicações relevantes, inclusive relatos anteriores. Além disso, os números de registros por base e por etapa da seleção não foram documentados durante a busca, o que impede a reprodução exata do fluxo de seleção. A maioria dos estudos incluídos é observacional, parte da evidência provém de revisões e de dados de farmacovigilância, e os dois estudos de farmacovigilância utilizaram a mesma base de dados, com sobreposição de períodos. A avaliação instrumental foi empregada em poucos estudos, e o estudo que a utilizou para analisar o início do tratamento teve amostra pequena (KARA et al., 2017). Por fim, o recorte restrito aos antidepressivos não permite inferências sobre os ansiolíticos, para os quais os dados específicos nos estudos identificados foram escassos.

Para avançar no conhecimento, são necessários estudos longitudinais que avaliem o bruxismo antes e depois do início do antidepressivo, com métodos padronizados de avaliação, como os previstos na STAB, e com controle da gravidade do quadro psiquiátrico, da qualidade do sono e de distúrbios respiratórios do sono. Também são necessários estudos que analisem separadamente o bruxismo do sono e o bruxismo em vigília e que comparem os antidepressivos individualmente, além de investigações sobre as estratégias de manejo.

## 6 CONCLUSÃO

A literatura analisada indica uma possível associação entre o uso de antidepressivos, especialmente ISRS e IRSN, e o início ou a intensificação das manifestações de bruxismo em determinadas pessoas, sobretudo do bruxismo do sono. Essa associação deve ser interpretada com cautela: os métodos de avaliação do bruxismo são heterogêneos, predominam delineamentos observacionais, transversais e de farmacovigilância, e a influência do transtorno psiquiátrico, da qualidade do sono e de outros fatores de confusão impede estabelecer causalidade em parte das evidências. Os mecanismos propostos permanecem como hipóteses.

Em termos clínicos, o histórico medicamentoso deve integrar a avaliação odontológica de pacientes com bruxismo, com conduta individualizada e articulada com o profissional responsável pela prescrição, já

que não há diretrizes específicas de manejo e qualquer ajuste do antidepressivo cabe exclusivamente ao prescritor. Estudos longitudinais, com métodos de avaliação padronizados e análise separada do bruxismo do sono e em vigília, são necessários para esclarecer essa relação com maior segurança.

## REFERÊNCIAS


CASPARY ROITHMANN, C. et al. Relationship between bruxism and depression: systematic literature review and meta-analysis. **International Journal of Prosthodontics**, 2025. DOI: 10.11607/ijp.9385.

CLIATT, H.; WILLIAMS, A.; KOCH, C. Management of antidepressant-induced bruxism. **Mental Health Clinician**, v. 15, n. 3, p. 147-149, 2025. DOI: 10.9740/mhc.2025.06.147.

DE BAAT, C. et al. Medications and addictive substances potentially inducing or attenuating sleep bruxism and/or awake bruxism. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 48, n. 3, p. 343-354, 2021. DOI: 10.1111/joor.13061.

GARRETT, A. R.; HAWLEY, J. S. SSRI-associated bruxism: a systematic review of published case reports. **Neurology: Clinical Practice**, v. 8, n. 2, p. 135-141, 2018. DOI: 10.1212/CPJ.0000000000000433.

GEORGE, S.; JOY, R.; ROY, A. Drug-induced bruxism: a comprehensive literature review. **Journal of Advanced Oral Research**, v. 12, n. 2, p. 187-192, 2021. DOI: 10.1177/2320206821992534.

GOLDSTEIN, G.; DESANTIS, L.; GOODACRE, C. Bruxism: best evidence consensus statement. **Journal of Prosthodontics**, v. 30, supl. 1, p. 91-101, 2021. DOI: 10.1111/jopr.13308.

GOULART, P. R. et al. Anxiety, depression, and anger in bruxism: a cross-sectional study among adult attendees of a preventive center. **Psychiatry Research**, v. 299, 113844, 2021. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.113844.

GÜLDIKEN, İ. et al. Investigation of the effect of the onset of bruxism as a result of early antidepressant use. **Psychiatria Danubina**, v. 36, n. 2, p. 225-231, 2024. DOI: 10.24869/psyd.2024.217.

HILGENBERG-SYDNEY, P. B. et al. Bruxism, lifestyle, anxiety, and sleep impairment in dental students. **Sleep Science**, v. 17, n. 4, p. e422-e428, 2024. DOI: 10.1055/s-0044-1782179.

KARA, M. I. et al. BiteStrip analysis of the effect of fluoxetine and paroxetine on sleep bruxism. **Archives of Oral Biology**, v. 80, p. 69-74, 2017. DOI: 10.1016/j.archoralbio.2016.12.013.

LEONAN-SILVA, B. et al. Assessment of self-reported and clinically reported bruxism in studies on selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors use: a critical appraisal aligned with the Standardized Tool for the Assessment of Bruxism principles. **Journal of the American Dental Association**, 2026. DOI: 10.1016/j.adaj.2026.04.016.

MANFREDINI, D. et al. Standardised tool for the assessment of bruxism. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 51, n. 1, p. 29-58, 2024. DOI: 10.1111/joor.13411.

MASSAHUD, M. L. B. et al. Association between sleep bruxism, use of antidepressants, and obstructive sleep apnea syndrome: a cross-sectional study. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 49, p. 505-513, 2022. DOI: 10.1111/joor.13312.

MELO, G. et al. Association between psychotropic medications and presence of sleep bruxism: a systematic review. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 45, n. 7, p. 545-554, 2018. DOI: 10.1111/joor.12633.

MINAKUCHI, H. et al. Managements of sleep bruxism in adult: a systematic review. **Japanese Dental Science Review**, v. 58, p. 124-136, 2022. DOI: 10.1016/j.jdsr.2022.02.004.

MONTASTRUC, J. L. Drugs and bruxism: a study in the World Health Organization pharmacovigilance database. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 89, n. 12, p. 3765-3768, 2023. DOI: 10.1111/bcp.15884.

PALA AVAN, G. N. et al. Bruxism and sleep disorders in patients diagnosed with depressive disorder and anxiety disorder using antidepressants. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 52, n. 1, p. 57-63, 2025. DOI: 10.1111/joor.13875.

RAJAN, R.; SUN, Y. M. Reevaluating antidepressant selection in patients with bruxism and TMD. **Primary Care Companion for CNS Disorders**, v. 19, n. 3, 2017. DOI: 10.4088/PCC.17f02172.

REVET, A. et al. Antidepressants and movement disorders: a postmarketing study in the world pharmacovigilance database. **BMC Psychiatry**, v. 20, art. 308, 2020. DOI: 10.1186/s12888-020-02711-z.

SANTOS, I. M. et al. Prevalence of bruxism in users of selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors: a retrospective cross-sectional study. **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 127, n. 3, 102710, 2026. DOI: 10.1016/j.jormas.2026.102710.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134.

UCA, A. U. et al. Antidepressant-induced sleep bruxism: prevalence, incidence, and related factors. **Clinical Neuropharmacology**, v. 38, n. 6, p. 227-230, 2015. DOI: 10.1097/WNF.0000000000000108.

VERHOEFF, M. C. et al. Updating the bruxism definitions: report of an international consensus meeting. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 52, n. 9, p. 1335-1342, 2025. DOI: 10.1111/joor.13985.

WALLEM, A.; FELIPE-SPADA, N.; TOMÀS-ALIBERAS, J. Influence of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in the development of bruxism. **CRANIO**, v. 43, n. 2, p. 236-242, 2025. DOI: 10.1080/08869634.2022.2120277.