

Música, memória afetiva e escuta psicanalítica na doença de Alzheimer: alcance e limites de um recurso terapêutico

Music, affective memory and psychoanalytic listening in Alzheimer's disease: scope and limits of a therapeutic resource

Priscila Pedrobom

Psicanalista clínica, Brasil.

PUBLICADO 20 JUN 2025

Os registros de tramitação editorial dos volumes 1 a 3 estão incompletos em razão de mudança na direção da revista. As datas de recebimento, revisão e aceite deste artigo não puderam ser recuperadas e, por isso, não são informadas.

RESUMO

Este artigo examina o uso da música no cuidado de pessoas com doença de Alzheimer sob a perspectiva psicanalítica, sustentando que a experiência musical oferece uma via de acesso a registros afetivos e identitários que permanecem disponíveis quando a linguagem verbal já não os alcança. O percurso reconstitui o quadro clínico da doença, retoma o estatuto ambíguo que a música ocupa na obra freudiana, examina a hipótese de que a canção funcione como suporte de memória afetiva e identidade, e confronta essa elaboração conceitual com o que a literatura empírica efetivamente sustenta. Argumenta-se que o campo autoriza afirmar benefícios sobre agitação, humor, engajamento e qualidade de vida, e não autoriza afirmar reversão do declínio cognitivo, preservação duradoura da memória ou efeito modificador do curso da doença. Distingue-se, além disso, a musicoterapia — intervenção conduzida por profissional habilitado, com objetivos e registro próprios — do uso recreativo de música em instituições de cuidado, prática legítima mas de outra natureza. Sustenta-se que a delimitação desse alcance não enfraquece a proposta clínica: é o que a torna sustentável diante de uma doença para a qual não há cura disponível.

Palavras-chave: música; doença de Alzheimer; psicanálise; memória afetiva; musicoterapia.

ABSTRACT

This article examines the use of music in the care of people with Alzheimer's disease from a psychoanalytic perspective, arguing that musical experience offers access to affective and identity registers that remain available when verbal language no longer reaches them. The argument reconstitutes the clinical picture of the disease, revisits the ambiguous status music occupies in Freud's work, examines the hypothesis that song functions as a support for affective memory and identity, and confronts this conceptual elaboration with what the empirical literature actually sustains. It is argued that the field authorises claims regarding agitation, mood, engagement and quality of life, and does not authorise claims regarding reversal of cognitive decline, lasting preservation of memory, or any disease-modifying effect. A further distinction is drawn between music therapy — an intervention conducted by a qualified professional, with its own objectives and records — and the recreational use of music in care institutions, a legitimate practice of a different nature. It is argued that delimiting this scope does not weaken the clinical proposal: it is what makes it sustainable in the face of a disease for which no cure is available.

Keywords: music; Alzheimer's disease; psychoanalysis; affective memory; music therapy.

1 Introdução

Há uma cena que se repete nas instituições de cuidado a pessoas com demência avançada e que costuma ser narrada com espanto: alguém que não reconhece mais os próprios filhos, que perdeu o acesso ao nome das coisas e já

não sustenta uma frase até o fim, acompanha do início ao fim uma canção aprendida na juventude. O espanto é compreensível, e é também o ponto de partida de uma dificuldade. A cena sugere que algo resistiu ao que a doença desfez — e a tentação imediata é concluir que a música preservou aquilo que o restante do funcionamento psíquico perdeu.

Essa conclusão é mais ampla do que a cena autoriza, e o artigo se organiza em torno da distância entre as duas. A hipótese que o conduz é a de que a experiência musical oferece acesso a registros afetivos e identitários que permanecem disponíveis quando a linguagem verbal já não os alcança, e que essa via interessa a uma escuta de orientação psicanalítica, cujo objeto nunca foi o conteúdo informativo da fala, mas o que nela se transmite por outros meios. A hipótese não implica, contudo, que a música detenha o avanço da doença, e é essa não implicação que o artigo pretende tornar explícita.

A doença de Alzheimer é uma condição neurodegenerativa progressiva que compromete, de modo cumulativo, memória, linguagem, orientação e conduta (McKHANN *et al.*, 2011). Não há tratamento curativo disponível, e os recursos farmacológicos existentes atuam sobre sintomas, sem alterar o curso subjacente do processo (BIRKS, 2006). É nesse vazio terapêutico que as intervenções não farmacológicas adquirem relevância — e é também nesse vazio que prosperam afirmações que a evidência não sustenta. Um campo em que pouco se pode oferecer é um campo em que muito se promete.

O artigo se propõe, portanto, a um duplo movimento: reconstituir o que, do ponto de vista psicanalítico, torna a música um recurso clinicamente interessante no cuidado a essa população, e enunciar com precisão o que a literatura disponível autoriza e o que não autoriza afirmar. Os dois movimentos não se opõem. A delimitação do alcance é condição para que a proposta clínica seja levada a sério.

2 Método

Trata-se de revisão narrativa de literatura, de natureza teórico-conceitual. A classificação merece registro explícito porque o texto que deu origem a este artigo descrevia um procedimento de seleção de estudos — critérios de inclusão, recorte temporal, avaliação de qualidade metodológica — sem apresentar protocolo registrado, estratégia de busca reproduzível, bases consultadas, número de registros recuperados ou fluxo de triagem. Na ausência desses elementos, a revisão não pode ser apresentada como siste-

mática, e é aqui reclassificada como narrativa. A reclassificação não desqualifica o trabalho: delimita o que ele pode sustentar.

Não houve coleta de dados empíricos, observação de sessões, entrevista, aplicação de instrumentos, acesso a prontuários ou contato com pessoas com demência ou seus cuidadores. O artigo não reporta pesquisa com seres humanos e não produz achados de campo. As passagens do texto de origem redigidas em registro de constatação — relatos de melhora atribuídos a participantes de sessões de terapia musical, experiências de pacientes e familiares — não vinham acompanhadas de descrição de serviço, de enquadre de atendimento, de documentação de consentimento ou de indicação da habilitação profissional de quem conduzia as atividades. Tratando-se de população idosa com comprometimento cognitivo, cuja capacidade de consentir é reduzida e para a qual se exigiria consentimento de responsável legal, esse material foi integralmente retirado. O argumento que ele ilustrava foi mantido e passou a apoiar-se na literatura publicada.

O corpus primário reúne, no eixo psicanalítico, os textos em que Freud trata da relação entre arte, afeto e elaboração psíquica, com atenção particular às passagens em que registra sua própria dificuldade com a música; e, no eixo simbólico, a elaboração junguiana sobre a função do símbolo. No eixo clínico-epidemiológico, reúne documentos de referência sobre diagnóstico, fatores de risco e prevenção da demência (McKHANN *et al.*, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; LIVINGSTON *et al.*, 2020; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2024). No eixo empírico, reúne estudos e revisões que examinam especificamente intervenções musicais em demência (CUDDY; DUFFIN, 2005; ALCÂNTARA-SILVA; MIOTTO; MOREIRA, 2014; SÄRKÄMÖ *et al.*, 2014; PASSOS E MARTINS; QUADROS, 2021).

O corpus secundário reúne obras de referência sobre música, cérebro e experiência subjetiva (LEVITIN, 2006; SACKS, 2007; ZATORRE; CHEN; PENHUNE, 2007) e sobre a definição do campo da musicoterapia (BRUSCIA, 1998). Adotou-se critério de admissão restritivo para afirmações empíricas: proposições quantitativas — percentuais de melhora, tamanhos de efeito, tamanhos de amostra, escores em escalas padronizadas — só seriam mantidas se o estudo que as produziu pudesse ser enunciado e localizado. Nenhuma proposição quantitativa do texto de origem satisfaz esse critério, e todas foram substituídas por

enunciados qualitativos com indicação da força de evidência.

3 A doença de Alzheimer e o que nela declina

3.1 Curso clínico e estado do tratamento

A doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência e manifesta-se, tipicamente, por comprometimento inicial da memória episódica recente, ao qual se somam, de modo progressivo, dificuldades de nomeação e de linguagem, desorientação temporal e espacial, perda de autonomia para atividades da vida diária e, em fases avançadas, comprometimento motor e da deglutição (McKHANN *et al.*, 2011). O diagnóstico é clínico, apoiado em avaliação cognitiva, em exames de imagem e na exclusão de outras condições capazes de produzir quadro semelhante.

No plano fisiopatológico, a hipótese amiloide — que atribui papel central ao acúmulo anormal de beta-amiloide e à patologia da proteína tau — organizou décadas de investigação e permanece objeto de debate quanto à sua suficiência explicativa (SELKOE; HARDY, 2016). No plano dos fatores de risco, há convergência em torno de um conjunto de condições potencialmente modificáveis ao longo da vida, entre as quais fatores cardiovasculares, baixa escolaridade, isolamento social e inatividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; LIVINGSTON *et al.*, 2020).

O estado do tratamento é o dado decisivo para o argumento deste artigo. Não há cura disponível. Os inibidores da colinesterase e a memantina atuam sobre a expressão sintomática, com benefício de magnitude modesta e sem alterar a trajetória subjacente da doença (BIRKS, 2006). A consequência prática é que boa parte do cuidado se organiza em torno de objetivos que não são de reversão, mas de qualidade da experiência: redução do sofrimento, manutenção do vínculo, preservação de alguma continuidade de si. É nesse espaço — e não no da modificação do curso da doença — que as intervenções musicais se inscrevem.

3.2 O que a doença atinge e o que permanece

A degradação cognitiva não é homogênea. A memória episódica recente é comprometida precocemente, enquanto memórias remotas, procedimentos motores automatizados e certos registros afetivos permanecem acessíveis por período mais longo. É nesse diferencial que a música encontra sua pertinência clínica: há indícios consistentes de que o reconhecimento de melodias familiares se mantenha

relativamente preservado em quadros nos quais o reconhecimento verbal já se encontra prejudicado, embora a caracterização precisa desse fenômeno e dos instrumentos adequados para avaliá-lo permaneça, ela própria, uma questão em aberto (CUDDY; DUFFIN, 2005).

Convém formular a observação com cuidado. Dizer que a canção familiar permanece acessível não é dizer que a memória está preservada. O que se observa é a possibilidade de evocação de um conteúdo específico diante de um estímulo específico, em um momento específico — não a restituição de uma função. A distinção é fina e é constantemente apagada na divulgação do tema, onde o episódio de reconhecimento é narrado como prova de que a memória estaria intacta sob a doença, à espera da chave certa. Não há sustentação para essa leitura.

4 Música, afeto e inconsciente: a leitura psicanalítica

4.1 Freud diante da música

A posição de Freud diante da música é notavelmente desconfortável, e o desconforto é teoricamente instrutivo. Ao abrir seu estudo sobre o Moisés de Michelangelo, Freud declara não ser conhecedor de arte e reconhece que obras musicais raramente lhe proporcionam prazer, atribuindo essa dificuldade a uma disposição racionalista que o impede de ser afetado por algo cujo efeito não consegue analisar (FREUD, 1914/1996). A confissão é mais do que uma idiossincrasia biográfica: ela nomeia exatamente aquilo que, na música, resiste ao procedimento psicanalítico tal como Freud o concebeu. A interpretação opera sobre representações verbais; a música afeta sem passar por elas.

Essa resistência pode ser lida não como limite da psicanálise, mas como indicação de onde a música opera. Em sua elaboração sobre a atividade criadora, Freud situa a produção artística como via de figuração de desejos que não encontram realização direta, e reconhece no efeito da obra sobre quem a recebe um alívio de tensões que a vida desperta sem resolver (FREUD, 1908/1996). Transposta para o caso da música, a formulação sugere um funcionamento que não requer a mediação do conceito — o que a torna especialmente pertinente quando a mediação conceitual é justamente o que a doença compromete.

A tradição junguiana oferece uma segunda entrada. O símbolo, nessa leitura, não é cifra de um conteúdo oculto a ser traduzido, mas forma de apresentação de algo que não dispõe de outra forma, e a música é exemplar dessa condição (JUNG, 1964). Nesses termos, a canção que a

pessoa com demência acompanha não precisa ser interpretada para operar — e tentar interpretá-la seria perder o que nela acontece.

4.2 Memória afetiva, identidade e continuidade de si

A noção mais produtiva para o argumento é a de que a canção funciona como suporte de uma memória que não é informativa, mas afetiva. O que retorna com a melodia não é um conjunto de fatos recuperáveis, e sim uma tonalidade: um estado, um clima, uma posição subjetiva associada a um período da vida. Sacks reuniu, em relatos clínicos sobre as relações entre música e cérebro, observações convergentes nesse sentido, descrevendo situações em que pessoas com comprometimento cognitivo grave recuperam, durante e imediatamente após a experiência musical, uma qualidade de presença e de expressividade que não apresentam fora dela (SACKS, 2007). O estatuto desses relatos é o de observação clínica narrada, não o de evidência controlada — e é como tal que devem ser mobilizados.

Do ponto de vista neurocientífico, percepção e produção musical recrutam redes distribuídas, com integração auditivo-motora e circuitos associados à emoção, o que fornece base plausível para a amplitude dos efeitos observados (LEVITIN, 2006; ZATORRE; CHEN; PENHUNE, 2007). A plausibilidade de mecanismo, contudo, não substitui a demonstração de desfecho, e tratá-la como tal é um dos modos mais comuns de superestimar o alcance de uma intervenção.

Para a escuta psicanalítica, o interesse está em outro lugar. Se a identidade se sustenta em alguma continuidade narrativa, e se a doença desmonta progressivamente a possibilidade dessa narrativa, a canção oferece um suporte de continuidade que não depende de narração. A pessoa que

canta não está relatando sua história; está, momentaneamente, habitando-a. Essa é uma proposição conceitual, e deve ser enunciada como tal — não como um achado.

5 O que a literatura sustenta e o que não sustenta

5.1 Desfechos com apoio empírico

O conjunto de estudos que examinam intervenções musicais em demência é heterogêneo quanto a desenho, intervenção, duração e desfechos medidos, o que impõe cautela em qualquer síntese. Ainda assim, há um padrão reconhecível. Investigação controlada randomizada conduzida por Särkämö e colaboradores, comparando atividades musicais regulares — em um braço de canto, em outro de escuta musical orientada — ao cuidado habitual em díades de pessoas com demência em fase inicial e seus cuidadores, identificou benefícios em humor, orientação e bem-estar, com repercussão também sobre os cuidadores (SÄRKÄMÖ *et al.*, 2014). Revisão brasileira sobre musicoterapia e reabilitação cognitiva na doença de Alzheimer chegou a conclusões convergentes quanto ao domínio afetivo e comportamental, registrando ao mesmo tempo a limitação metodológica dos estudos disponíveis (ALCÂNTARA-SILVA; MIOTTO; MOREIRA, 2014); a literatura teórica brasileira tem explorado a dimensão de vínculo e de comunicação dessas práticas (PASSOS E MARTINS; QUADROS, 2021).

O que esse conjunto sustenta pode ser enunciado sem exagero: a música é um recurso com apoio empírico para reduzir agitação e sintomas comportamentais, melhorar humor, aumentar engajamento e comunicação, e melhorar índices de qualidade de vida relatada, em intervenções de duração limitada. É um resultado relevante em uma condição sem tratamento curativo. Não é, porém, o resultado que frequentemente se anuncia.

DESFECHO	O QUE A LITERATURA SUSTENTA	FORÇA DA EVIDÊNCIA	O QUE NÃO SE PODE AFIRMAR
Agitação e sintomas comportamentais	Redução durante e após a intervenção	Moderada; estudos heterogêneos	Que o efeito se mantenha sem continuidade da intervenção
Humor e bem-estar	Melhora consistente, inclusive em cuidadores	Moderada; ensaio controlado disponível	Que corresponda a remissão de quadro depressivo
Comunicação e engajamento	Aumento de expressividade e de interação	Moderada a baixa; desfechos variados	Que restitua linguagem verbal perdida
Memória evocada pela canção	Reconhecimento de melodias familiares relativamente preservado	Baixa; instrumentos ainda em discussão	Que a memória esteja preservada ou seja recuperável
Curso da doença	Nenhum efeito demonstrado	Ausente	Que retarde, detenha ou reverta a neurodegeneração

Tabela 1 — Alcance e limite das afirmações sobre intervenções musicais na doença de Alzheimer. O quadro sintetiza o estado da discussão para fins argumentativos e não constitui recomendação clínica nem orientação de conduta.

5.2 O limite: o que não se pode afirmar

Três afirmações circulam com frequência e não encontram sustentação. A primeira é a de que a música preservaria capacidades cognitivas por período mais longo. O que os estudos descrevem são efeitos sobre desfechos afetivos e comportamentais durante e em torno da intervenção; a extrapolação para preservação cognitiva duradoura não decorre deles. A segunda é a de que a música permitiria recuperar memórias. O verbo é impreciso e induz ao erro: o que se observa é evocação pontual de conteúdos associados a um estímulo, não restituição de função mnêmica. A terceira, e mais grave, é a de que a musicoterapia seria eficaz no tratamento de doenças neurodegenerativas. Nenhuma intervenção musical demonstrou efeito modificador do curso da doença de Alzheimer, e enunciá-la como tratamento da doença — e não como intervenção sobre a experiência de quem a tem — desloca-a para um registro que a evidência não autoriza.

A insistência nesse ponto não é purismo metodológico. Famílias que recebem a promessa de preservação cognitiva organizam expectativas em torno dela e vivem a progressão inevitável do quadro como fracasso — seu, do serviço ou da pessoa doente. O benefício real da intervenção, que é da ordem do alívio e do vínculo, fica obscurecido pela promessa não cumprida.

5.3 Musicoterapia e uso de música: uma distinção necessária

Há uma segunda imprecisão, de natureza distinta, que o texto de origem reproduzia. Musicoterapia designa uma intervenção conduzida por profissional habilitado, com formação específica, processo planejado, objetivos terapêuticos definidos, avaliação e registro próprios, no interior de uma relação de ajuda estabelecida (BRUSCIA,

1998). Uso de música em instituições de cuidado designa outra coisa: a oferta de canções, de escuta compartilhada, de roda de canto, conduzida por equipe de cuidado, por familiares ou por voluntários. A segunda prática é legítima, acessível e frequentemente valiosa. Não é, contudo, a primeira, e os resultados de estudos que avaliaram intervenções estruturadas não se transferem automaticamente para ela.

A distinção tem consequência direta sobre o que um psicanalista pode propor. A formação psicanalítica não habilita à condução de musicoterapia, e supor que a familiaridade com a escuta do inconsciente autorize conduzir um processo musicoterapêutico é um equívoco de competência, não apenas de nomenclatura. O que a psicanálise pode oferecer é de outra ordem: uma leitura do que acontece quando a música produz efeito, uma atenção ao que nesse momento se abre, e um modo de sustentar a presença junto a quem já não dispõe da palavra. Isso é consistente com o trabalho em equipe, inclusive com musicoterapeutas, e é incompatível com a substituição de um ofício pelo outro.

6 Implicações para a escuta e para o cuidado

A primeira implicação diz respeito ao objetivo da intervenção. Se a música não modifica o curso da doença, o que ela oferece deve ser avaliado por critérios próprios: houve menos sofrimento, houve expressão, houve contato. São desfechos legítimos, e tratá-los como consolo por não se ter alcançado algo melhor é não compreendê-los. Em uma condição progressiva e incurável, a qualidade da experiência não é um objetivo menor.

A segunda diz respeito à posição de quem conduz. A pessoa com demência avançada não sustenta uma demanda

no sentido clínico habitual, e boa parte do dispositivo analítico — associação livre, interpretação, elaboração — não tem aqui condição de operar. Isso não anula a pertinência da escuta; redefine-a. O que resta, e não é pouco, é o reconhecimento de que ali há um sujeito, mesmo quando os sinais que o atestam se tornaram escassos. O efeito sobre cuidadores e familiares, documentado na literatura, provavelmente decorre menos de uma mudança no estado da pessoa doente do que da possibilidade de voltar a vê-la como alguém.

A terceira diz respeito à seleção do repertório, e exige cautela que raramente se enuncia. A canção que evoca não evoca apenas o agradável. Repertórios associados a períodos de perda, de violência ou de luto podem produzir sofrimento intenso em alguém que não dispõe mais de recursos simbólicos para contextualizá-lo e que pode não ter como comunicar o que está sentindo. A escolha do repertório, portanto, não é detalhe operacional: é decisão clínica, que supõe conhecimento da história da pessoa, atenção a sinais não verbais e disposição para interromper.

A quarta diz respeito ao consentimento. Trata-se de população com capacidade de consentir reduzida ou ausente, o que transfere a decisão a responsável legal e impõe, a quem conduz, atenção continuada aos sinais de recusa — que raramente serão verbais. Participar de uma roda de canto não é, para toda pessoa, uma experiência desejável, e a ausência de protesto articulado não é consentimento.

Considerações finais

O percurso autoriza três conclusões de alcance distinto.

A primeira é que a experiência musical oferece, no cuidado a pessoas com doença de Alzheimer, uma via de contato que não depende da linguagem verbal e que permanece disponível quando outras se fecham. Essa via interessa à psicanálise porque toca precisamente aquilo que a tradição analítica sempre situou além da representação verbal — e porque o incômodo de Freud diante da música, longe de ser um obstáculo, indica com precisão onde ela opera.

A segunda é que o benefício demonstrável dessa via é real e circunscrito. A literatura sustenta efeitos sobre agitação, humor, engajamento e qualidade de vida; não sustenta reversão do declínio cognitivo, preservação duradoura da memória nem modificação do curso da doença. Enunciar esse limite não diminui a proposta: protege as famílias de uma expectativa que a doença se encarregará de frustrar e

protege a própria prática da desqualificação que se segue à promessa não cumprida.

A terceira é que musicoterapia e uso de música em contexto de cuidado são práticas distintas, com exigências de habilitação distintas, e que a contribuição do psicanalista se situa na leitura e na sustentação da presença, não na condução de um processo musicoterapêutico para o qual sua formação não o habilita.

Permanece aberta uma agenda de investigação. As proposições aqui formuladas sobre a função da canção como suporte de continuidade subjetiva, sobre os critérios de seleção de repertório e sobre os efeitos da experiência musical compartilhada no vínculo entre pessoa doente e cuidador não foram submetidas a verificação sistemática. Fazê-lo exigiria desenho metodológico próprio, aprovação ética formal, consentimento de responsável legal e dispositivos explícitos de interrupção diante de sinais de desconforto. Enquanto esse trabalho não se realiza, convém enunciar as proposições como o que são: leituras conceitualmente sustentadas, não resultados.

Declarações

Conflito de interesses. A autora declara não haver conflito de interesses.

Financiamento. A pesquisa não recebeu financiamento específico de agências públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

Uso de inteligência artificial. Não foi utilizada inteligência artificial generativa na concepção, na redação ou na análise do conteúdo deste artigo.

Disponibilidade de dados. Não se aplica: trata-se de revisão de literatura, sem produção de dados primários.

Nota editorial. Este artigo integra o acervo reorganizado dos volumes 1 a 3 da *Interapia*. O texto foi editorialmente adequado às normas vigentes da revista quanto a estrutura, registro e normalização de referências, sem alteração de tese, argumento ou atribuição de autoria.

Referências

- ALCÂNTARA-SILVA, T. R. M.; MIOTTO, E. C.; MOREIRA, S. V. Musicoterapia, reabilitação cognitiva e doença de Alzheimer: revisão sistemática. *Brazilian Journal of Music Therapy*, n. 17, 2014.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2024 *Alzheimer's disease facts and figures*. Chicago: Alzheimer's Association, 2024.
- BIRKS, J. S. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006.

- BRUSCIA, K. E. *Defining music therapy*. 2. ed. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.
- CUDDY, L. L.; DUFFIN, J. Music, memory, and Alzheimer's disease: is music recognition spared in dementia, and how can it be assessed? *Medical Hypotheses*, v. 64, n. 2, p. 229-235, 2005.
- FREUD, S. Escritores criativos e devaneio (1908). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, S. O Moisés de Michelangelo (1914). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- JUNG, C. G. (org.). *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.
- LEVITIN, D. J. *This is your brain on music: the science of a human obsession*. New York: Dutton, 2006.
- LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, v. 396, n. 10248, p. 413-446, 2020.
- McKHANN, G. M. *et al.* The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups. *Alzheimer's & Dementia*, v. 7, n. 3, p. 263-269, 2011.
- PASSOS E MARTINS, H.; QUADROS, L. C. T. A música como agente terapêutico no tratamento da doença de Alzheimer. *Psicologia em Pesquisa*, v. 15, n. 1, p. 1-22, 2021.
- SACKS, O. *Alucinações musicais: relatos sobre a música e o cérebro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- SÄRKÄMÖ, T. *et al.* Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. *The Gerontologist*, v. 54, n. 4, p. 634-650, 2014.
- SCELLENBERG, E. G. Music and cognitive abilities. *Current Directions in Psychological Science*, v. 14, n. 6, p. 317-320, 2005.
- SELKOE, D. J.; HARDY, J. The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease at 25 years. *EMBO Molecular Medicine*, v. 8, n. 6, p. 595-608, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. Genebra: World Health Organization, 2019.
- ZATORRE, R. J.; CHEN, J. L.; PENHUNE, V. B. When the brain plays music: auditory-motor interactions in music perception and production. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 8, n. 7, p. 547-558, 2007.

COMO CITAR

PEDROBOM, P. Música, memória afetiva e escuta psicanalítica na doença de Alzheimer: alcance e limites de um recurso terapêutico. *Interapia — Revista de Clínica, Cultura e Ciências Mentais*, v. 3, n. 1, p. 57-64, 2025.

LICENÇA

Publicado em acesso aberto sob licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. O autor mantém os direitos sobre a obra e concede à revista o direito de primeira publicação.