

INTERNAÇÕES POR PANCREATITE AGUDA NO SUS: PADRÕES EPIDEMIOLÓGICOS E ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

Josimara Brunyelly Ximenes de Sousa¹

josiximenes1@gmail.com

Área Temática: Temas livres em Medicina.

RESUMO

Introdução: A pancreatite aguda (PA) é uma inflamação súbita do pâncreas que pode evoluir de forma leve ou grave, sendo uma das principais causas de internação por doenças gastrointestinais. Suas etiologias incluem colelitíase, consumo de álcool, fatores metabólicos e medicamentos. A Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) atua como porta de entrada, promovendo prevenção, diagnóstico precoce e encaminhamento para atenção especializada, garantindo cuidado contínuo e integral. **Objetivo:** Analisar as internações hospitalares por pancreatite aguda entre 2022 e 2025 no Brasil, identificar padrões epidemiológicos e propor estratégias de integração entre APS e atenção especializada para prevenção de internações evitáveis. **Metodologia:** Pesquisa observacional, retrospectiva e descritiva, baseada em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), abrangendo todas as internações por PA nas cinco regiões do Brasil. **Resultados e Discussão:** Houve estabilidade relativa nas internações ao longo do período. O Sudeste concentrou o maior número de casos (72.403), seguido pelo Sul (31.541) e Nordeste (29.117), enquanto Norte (9.882) e Centro-Oeste (12.883) registraram os menores valores, possivelmente refletindo desigualdades no acesso aos serviços. A integração entre APS e atenção especializada mostrou-se fundamental para detecção precoce, encaminhamento adequado e acompanhamento contínuo, reduzindo internações evitáveis. **Conclusão:** As diferenças regionais evidenciam desigualdade no acesso a serviços de saúde. O fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e a articulação efetiva entre níveis de atenção são essenciais para garantir cuidado integral, prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida dos pacientes com pancreatite aguda.

Palavras chave: Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Brasil; Pancreatite.

1 INTRODUÇÃO

O pâncreas é uma glândula mista, possuindo funções tanto endócrinas quanto exócrinas. Ele mede aproximadamente de 15 a 23 cm, pesa entre 70 e 150 g e está localizado na região retroperitoneal, em estreita relação com a porção superior do tubo digestivo. Além disso, sua função endócrina consiste na produção de hormônios que regulam o metabolismo,

sintetizados pelas células das ilhotas de Langerhans, que são pequenos agrupamentos celulares distribuídos por todo o órgão (Silvério; Rebelo, 2025 p. 623).

A pancreatite aguda (PA) é uma condição inflamatória súbita que acomete o pâncreas e estruturas adjacentes, resulta na liberação e ativação de enzimas pancreáticas dentro do pâncreas, o que compromete tecidos e órgãos vizinhos. Dessa forma, é uma das principais causas de internação por doenças do trato gastrointestinal. Aproximadamente 80% dos casos correspondem à forma leve (edematosa), que apresenta evolução autolimitada e geralmente bom prognóstico. No entanto, apesar da redução da mortalidade ao longo dos anos, ela ainda é mais elevada em alguns grupos específicos, como idosos, pacientes com múltiplas comorbidades e aqueles que desenvolvem a forma grave da doença (necro-hemorrágica)(Prado; Lobato, 2021; Santos; Adão, 2018).

A PA pode ter diversas etiologias. Entre as mais comuns, estão a colelitíase e o consumo de álcool. Além disso, outras causas incluem complicações pós-colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), além de fatores metabólicos, como hipertrigliceridemia (níveis de triglicerídeos superiores a 1.000 mg/dL) e hipercalcemia. Ademais, alguns medicamentos também podem desencadear pancreatite aguda, caracterizando a forma medicamentosa da doença (Santos; Adão, 2018).

A pancreatite aguda ocorre com maior frequência em mulheres, enquanto a forma crônica predomina em homens. Nesse contexto, a idade do paciente é um fator relevante, pois certas doenças pancreáticas, especialmente a insuficiência pancreática na infância e adolescência, podem indicar mucoviscidose, doença fibrocística do pâncreas, síndrome de Shwachman ou até mesmo pancreatite hereditária. Além disso, o relato de consumo de bebidas alcoólicas merece atenção especial, devido à sua forte associação com a pancreatite crônica. Por sua vez, antecedentes familiares ou pessoais de doenças autoimunes levantam a suspeita de pancreatite autoimune(Porto; Porto, 2025, p.626).

A dor pancreática geralmente se localiza no epigástrio e hipocôndrio esquerdo, podendo irradiar para o dorso e ocasionalmente retroesternal, levantando suspeita de isquemia miocárdica; piora com alimentação e melhora em posição genupeitoral. Por outro lado, na pancreatite crônica, pode ser ausente ou manifestar-se como mal-estar leve, muitas vezes relacionado ao consumo de álcool, com episódios intermitentes após ingestão alcoólica. Já no câncer de pâncreas, a dor inicial tende a ser discreta, mas eventualmente acomete 80% dos pacientes. Náuseas e vômitos afetam cerca de 75% dos casos inflamatórios, podendo causar rapidamente desequilíbrios hidreletrolíticos, e a dor clássica em faixa(Porto; Porto, 2025, p.626).

Diante disso, cabe a Atenção Primária à Saúde (APS) que é o primeiro nível de atenção do SUS, responsável por ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, organizar a rede de saúde, atuando de forma integrada e resolutiva para melhorar as condições de saúde da população. Assim, por meio de equipes multiprofissionais e unidades próximas às comunidades, como as Unidades de Saúde da Família, garantindo acesso a serviços essenciais e promovendo um cuidado contínuo e abrangente de toda a população. Dessa maneira, a APS funciona como porta de entrada do sistema, organizando o acesso aos diferentes níveis de cuidado desses pacientes(Brasil, s.d.).

Por outro lado, a Atenção Especializada no SUS atende pessoas que necessitam de cuidados mais intensivos ou específicos do que os oferecidos na Atenção Primária, funcionando como apoio a esta e integrando-se à Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir cuidado integral e contínuo, evitando desperdícios. Nesse sentido, sua estruturação considera três dimensões: a sistêmica, que foca na articulação dos serviços especializados com outros pontos de atenção e na integração das práticas profissionais segundo planejamento regional; a organizacional, que organiza equipes multiprofissionais de forma interdisciplinar para garantir acesso, qualidade do cuidado e apoio matricial a outras equipes; e a profissional, que valoriza a atuação ética, técnica e responsável dos profissionais na interação com os usuários, promovendo vínculo e utilização dos melhores saberes e técnicas clínicas disponíveis(Brasil, 2023).

Dessa forma, a APS não apenas complementa a atenção especializada, mas também otimiza recursos, melhora a qualidade de vida dos pacientes e assegura uma rede de saúde integrada, onde prevenção, tratamento e acompanhamento caminham de forma articulada(Ministério da Saúde 2022, atualizado em 2022).

Por fim, o trabalho tem como objetivo analisar as internações hospitalares por pancreatite aguda no período de 2022 a 2025, segundo distribuição regional, com o propósito de identificar padrões epidemiológicos para o fortalecimento da atenção primária, ampliação do acesso à atenção especializada, visando à melhoria da qualidade do cuidado, à prevenção de internações evitáveis e à promoção da integralidade na assistência aos pacientes com pancreatite aguda no sistema público de saúde.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa observacional, retrospectiva e descritiva, com análise epidemiológica das internações hospitalares por pancreatite aguda e

outras doenças pancreáticas no Brasil. A investigação abrange o período de 2022 a 2025, considerando todos os pacientes registrados no Sistema Único de Saúde (SUS) com diagnóstico de pancreatite aguda nas cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

A coleta de dados foi realizada a partir de informações secundárias disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). As variáveis analisadas incluíram todos os número de internações por região e ano. A análise dos dados foi conduzida por meio de estatística descritiva, com apresentação de frequências em tabela comparando as regiões do Brasil e o ano da notificação. O estudo buscou identificar padrões epidemiológicos, considerando fatores determinantes como densidade populacional, acesso aos serviços de saúde e hábitos de risco, incluindo consumo de álcool e dietas hiperlipídicas. Além disso, foi discutido o papel da integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada na prevenção de internações evitáveis.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das internações hospitalares por pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas no Brasil, no período de 2022 a 2025, evidencia diferenças regionais importantes, além disso, observa-se relativa estabilidade temporal nos números ao longo dos anos.

No que diz respeito às manifestações clínicas, de um paciente que chega ao hospital com pancreatite aguda caracterizam-se principalmente por uma dor intensa, grave e contínua na região epigástrica, que irradia em faixa para as costas (entre a sétima e a décima segunda vértebra torácica). Em geral, essa dor surge após ingestão excessiva de alimentos gordurosos ou álcool em pessoas previamente saudáveis. Além disso, pode durar até 24–48 horas, não melhora com analgésicos comuns e leva o paciente a adotar posições que aliviem a pressão, podendo vir acompanhada de sinais de irritação peritoneal. Ademais, náuseas e vômitos são frequentes, geralmente abundantes e sem alívio da dor. Por outro lado, a disseminação do líquido pancreático pelo retroperitônio causa sinais abdominais como distensão, íleo paralítico e, em casos graves, pode alcançar outras regiões simulando diferentes quadros clínicos. Em situações mais severas, a inflamação pode evoluir para comprometimento sistêmico com falência de múltiplos órgãos (Prado; Lobato, 2021) .

No contexto internacional, nos Estados Unidos, a pancreatite aguda é a 21ª causa de internação hospitalar e a principal causa de internação por motivos gastrointestinais (13 a 45 casos por 100.000 habitantes). Além disso, a cada ano, ocorrem nesse país mais de 250 mil

casos e cerca de 3 mil mortes, com custos de hospitalização que ultrapassam 2,5 bilhões de dólares. Quanto a mortalidade, nos casos leves é de cerca de 1% e pode chegar a 35% nos casos graves. Na presença de síndrome compartimental abdominal, as fatalidades podem alcançar 49%(Álvarez-Aguilar; Dobles-Ramírez, 2019).

De acordo com a literatura, conforme um estudo de Muñoz *et al.*(2023), a doença é classificada em leve, moderada (moderadamente grave) ou grave. Em linhas gerais, A pancreatite aguda (PA) leve normalmente corresponde à pancreatite edematosa intersticial, não apresenta insuficiência orgânica, complicações locais ou sistêmicas e geralmente se resolve na primeira semana.Por sua vez, considera-se PA moderada quando há falha orgânica transitória (menos de 48 horas) e complicações locais ou sistêmicas. Pacientes com insuficiência orgânica persistente (mais de 48 horas) são diagnosticados como PA grave

Tendo em vista a elevada mortalidade, especialmente nos casos graves, e a necessidade de tratamento em unidade de terapia intensiva, foram desenvolvidos diversos sistemas de classificação. Nesse sentido, esses sistemas avaliam parâmetros clínicos e laboratoriais para identificar os pacientes em maior risco. Entre os mais utilizados, destacam-se a escala de Ranson, o APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) e os critérios de Atlanta (Prado; Lobato, 2021). De modo geral, esses escores têm como objetivo prever a gravidade ou o risco de complicações do paciente já na admissão hospitalar, podendo guiar a escolha do suporte clínico ou intensivo mais adequado. No entanto, eles isoladamente não são suficientes para definir se a pancreatite aguda é grave, para isso, recomenda-se utilizar a Classificação de Atlanta. Entre os principais preditores de gravidade, destacam-se: Marshall modificado ≥ 3 , APACHE II ≥ 8 , SIRS, além de marcadores laboratoriais isolados, como proteína C reativa (PCR) > 150 mg/dL, ureia sérica elevada e hematócrito elevado(Santos; Adão, 2018).

Por fim, vale ressaltar que o escore de Ranson tem sido cada vez menos usado, pois exige acompanhamento das variáveis na admissão e novamente após 48 horas, fornecendo preditores de gravidade apenas tardiamente. Além disso, os valores séricos de amilase e lipase não possuem valor prognóstico e não permitem prever a gravidade da pancreatite aguda (Santos; Adão, 2018).

Tabela 1: Internações Hospitalares por Pancreatite aguda e Outras Doenças do Pâncreas segundo Região e Ano (2022–2025)

REGIÃO	2022	2023	2024	2025	TOTAL
SUDESTE	17669	18006	17664	18052	72403
SUL	7393	7911	7837	7680	31541
NORDESTE	7096	6935	7299	7194	29117

CENTRO-OESTE	3065	3221	3247	3085	12883
NORTE	2554	2372	2213	2513	9882

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Analisando os dados de Internações por PA e outras doenças do pâncreas(Tabela 1), a região Sudeste do Brasil apresentou o maior volume de internações no período analisado, totalizando 72.403 casos.Nesse sentido, observa-se uma distribuição relativamente homogênea entre os anos: 17.669 em 2022, 18.006 em 2023, 17.664 em 2024 e 18.052 em 2025. Esses valores, por sua vez, podem ser parcialmente explicados pela maior densidade populacional da região, além disso, pelo maior acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, maior capacidade de diagnóstico e notificação. Adicionalmente, fatores relacionados ao estilo de vida, como maior consumo de álcool e dietas ricas em lipídios, podem contribuir para a incidência dessas condições. Por outro lado, não se pode descartar a possibilidade de falhas no diagnóstico precoce e no acompanhamento clínico como elementos que influenciam a manutenção desses índices. Corroborando esses achados, o estudo de Melo *et al.*(2025), a distribuição geográfica dos casos evidencia uma predominância de internações na região Sudeste, o que pode ser atribuído à maior densidade populacional, melhor infraestrutura hospitalar e maior disponibilidade de serviços especializados.

Em seguida, destaca-se a região Sul do Brasil, com 31.541 internações no período. Os dados anuais mostram pequena variação: 7.393 (2022), 7.911 (2023), 7.837 (2024) e 7.680 (2025), o que reforça a tendência de estabilidade observada no cenário nacional. Assim, esse padrão pode refletir tanto características epidemiológicas regionais quanto a organização dos serviços de saúde, com relativa consistência na detecção e manejo dos casos.

Na sequência, a região Nordeste do Brasil ocupa a terceira posição, com 29.117 casos registrados. Em relação aos dados anuais, os números anuais foram de 7.096 (2022), 6.935 (2023), 7.299 (2024) e 7.194 (2025). Embora próximos aos do Sul, esses valores podem estar associados, além do contingente populacional, a desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, em contextos com maior limitação de acesso, é possível que o diagnóstico ocorra em estágios mais avançados da doença, o que conseqüentemente, aumenta a necessidade de internação. Ademais, fatores socioeconômicos e comportamentais, como consumo de álcool, também devem ser considerados como potenciais determinantes. De fato, a ingestão de álcool é a segunda causa mais comum de pancreatite, sendo responsável por 25 a 35% dos casos. Além disso, aproximadamente 10% dos alcoólatras crônicos desenvolvem episódios clínicos de pancreatite aguda. Embora o mecanismo exato da lesão pancreática não

seja conhecido, acredita-se que o álcool pode aumentar a síntese de enzimas digestivas e lisossômicas nos ácinos pancreáticos ou produzir uma hipersensibilização à ação da colecistoquinina (Muñoz et al., 2023).

As menores frequências de internação foram observadas nas regiões Centro-Oeste do Brasil e Norte do Brasil, com 12.883 e 9.882 casos, respectivamente. No caso do Centro-Oeste, houve discreto aumento entre 2023 e 2024 (3.221 e 3.247 casos), seguido de redução em 2025 (3.085). Já na região Norte, os dados indicam variações modestas, com destaque para 2.554 casos em 2022 e 2.513 em 2025. Esses menores números, podem refletir tanto menor densidade populacional quanto limitações estruturais no acesso aos serviços de saúde, incluindo subnotificação, dificuldades diagnósticas e atraso na procura por atendimento. De maneira semelhante, o estudo de Melo *et al.* (2025), a região Norte também apresentou a menor taxa de internações, o que reforça a hipótese de dificuldades no acesso aos serviços de saúde e possíveis subnotificações. Diante desse cenário, evidencia-se a importância de políticas públicas voltadas para a equidade no atendimento, garantindo que pacientes de todas as regiões tenham acesso ao diagnóstico precoce e tratamento adequado. Além disso, os dados revelam um padrão preocupante de desigualdade na assistência hospitalar, o que pode impactar diretamente os desfechos clínicos dos pacientes.

De modo geral, os dados indicam que, apesar das diferenças regionais expressivas, há uma tendência de continuidade nos padrões de internação ao longo dos anos analisados. Dessa forma, tal estabilidade sugere a persistência de fatores estruturais e epidemiológicos que influenciam a ocorrência dessas doenças no país, reforçando, assim, a necessidade de estratégias regionais específicas voltadas à prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado dos pacientes.

Segundo essa perspectiva, o Ministério da Saúde (2022, atualizado em 2022), a APS tem como foco não apenas tratar doenças, mas também identificar fatores de risco, educar a comunidade e reduzir internações evitáveis. Nesse contexto, é essencial detectar sintomas iniciais, como dor abdominal intensa, náuseas e vômitos, possibilitando, assim, encaminhamento rápido para os níveis de atenção especializados quando necessário. Além disso, a atenção especializada é dividida em média e alta complexidade. No que se refere à média complexidade, inclui ambulatorios especializados, hospitais e UPAs 24h, onde são realizados atendimentos de urgências e emergências intermediárias, estabilização de pacientes, que é muito importante no casos de pacientes com PA.

Ademais a integração entre APS e atenção especializada é fundamental para a continuidade do cuidado desses pacientes. Nesse sentido, a APS funciona como porta de

entrada, identificando sinais de alerta e encaminhando pacientes para a média ou alta complexidade conforme a gravidade. Posteriormente, após o atendimento especializado, a APS pode monitorar a recuperação do paciente, como controlar a dieta, o consumo de álcool e doenças metabólicas. Além disso, controlar os fatores de risco, e orientar sobre prevenção de recidivas. O trabalho multiprofissional da APS em parceria com especialistas em gastroenterologia garante que cada paciente receba um cuidado individualizado, seguro e contínuo, evitando assim, lacunas que possam agravar o quadro da pancreatite (Ministério da Saúde 2022, atualizado em 2022).

Por fim, a integração entre os níveis de atenção tem sido um tema recorrente no debate sobre as políticas locais de saúde nos municípios brasileiros, sendo considerada pelos gestores como relevante e necessária para a construção de uma atenção integral. Contudo, ainda não foram plenamente implantadas medidas para sua efetivação. Há consenso de que a expansão da Estratégia Saúde da Família, embora fundamental para organizar a porta de entrada do sistema, não é suficiente por si só para garantir a integralidade do cuidado. Torna-se, portanto, necessária a articulação entre os diferentes níveis de atenção e políticas públicas para sua implementação, bem como o debate, a organização da rede, a regulação e a coordenação do cuidado. Essa integração contribui para a redução das internações hospitalares, a melhoria do acompanhamento do uso de medicamentos e do autocuidado, e o aprimoramento do fluxo de informações entre os serviços do sistema de saúde como um todo (Almeida *et al.*, 2013).

4 CONCLUSÃO

Em síntese, os resultados revelam uma estabilidade relativa nas internações por pancreatite aguda entre 2022 e 2025, com predomínio dos casos na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul e Nordeste, refletindo a maior densidade populacional e melhores estruturas de saúde nessas áreas. As menores taxas nas regiões Norte e Centro-Oeste indicam possíveis limitações no acesso a serviços especializados e subnotificações. Dessa forma, evidencia-se a existência de desigualdades que impactam diretamente o manejo clínico e os desfechos dos pacientes. Assim, a integração entre Atenção Primária e Atenção Especializada surge como estratégia essencial para promover o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o acompanhamento contínuo. Consequentemente, contribuindo para a redução das internações evitáveis e melhoria da qualidade de vida. Por fim, a ampliação e qualificação da Estratégia Saúde da Família, associada à articulação efetiva entre os diferentes níveis de atenção, são

fundamentais para fortalecer a rede de cuidados, garantindo um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e centrado no paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, jul./set. 2013.

ÁLVAREZ-AGUILAR, P. A.; DOBLES-RAMÍREZ, C. T. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Médica Costarricense*, San José, v. 61, n. 1, p. 13-21, jan./mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília: Ministério da Saúde, 28 mar. 2022. Atualizado em 3 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 18 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saiba mais sobre a APS. Gov.br, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 20 mar. 2026.

MELO, E. K. M. de. et al. Incidência de Pancreatite no Brasil: análise epidemiológica e impactos na saúde pública nos últimos 5 anos. *Journal of Social Issues and Health Sciences*, Teresina, v. 2, n. 2, p. 1-10, 2025. DOI: 10.5281/zenodo.14936913.24.

MUÑOZ, D. et al. Pancreatitis aguda: puntos clave. Revisión argumentativa de la literatura. *Revista Colombiana de Cirugía*, Bogotá, v. 38, p. 339-351, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.30944/20117582.2206>.

PRADO, L. H.; LOBATO, M. Capítulo 48-15. Título do capítulo. In: ARGENTE, Horacio A.; ALVAREZ, Marcelo (orgs.). *Semiologia médica: fisiopatologia, semiotécnica y propedéutica*. 3. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2021.

SANTOS, R. G. R. dos; ADÃO, D. Pancreatite Aguda. In: LIU, Davi Jing Jue; LEAL, Ricardo; VENDRAME, Leticia Sandre (orgs.). *Manual de pronto-socorro*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 287-291.

SILVÉRIO, A. de O.; REBELO, B. R. R. Exame Clínico. In: PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos (orgs.). *Fundamentos de Anatomia e Fisiologia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025. Cap. 87, p. 626-627.

SILVÉRIO, A. de O.; REBELO, B. R. R. Seção 6 – Pâncreas. In: PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos (orgs.). *Fundamentos de Anatomia e Fisiologia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025. Cap. 86, p. 623-625.