



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 04/2021
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

MISSÃO

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 27 - MÉDICO I
(Cardiologia: Eletrofisiologia)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

ATENÇÃO: transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Era uma casa muito engraçada.



FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____



FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, exceto em situações previamente autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei (como o caso presente do uso obrigatório de máscara, em virtude da pandemia do Coronavírus). **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, régua, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



01. Em relação aos aspectos biofísicos da ablação por radiofrequência, qual das seguintes alternativas é correta?

- (A) Quanto maior a potência aplicada, maior a temperatura de pico, com obtenção de lesões de menores diâmetro e profundidade.
- (B) A irrigação resfria a ponta do cateter e propicia redução da potência com aumento súbito em impedância, obtendo-se lesões teciduais mais amplas e superficiais.
- (C) A lesão tecidual irreversível passa a ocorrer quando a temperatura da interface eletrodo-tecido alcança 70°C.
- (D) Automatismo anormal pode ocorrer com temperatura de 45°C ou mais, o que explica o ritmo juncional durante ablação de via lenta nodal AV.
- (E) Durante aplicação adequada de radiofrequência, o aquecimento tecidual aumenta a resistência miocárdica, observando-se aumento gradual da impedância.

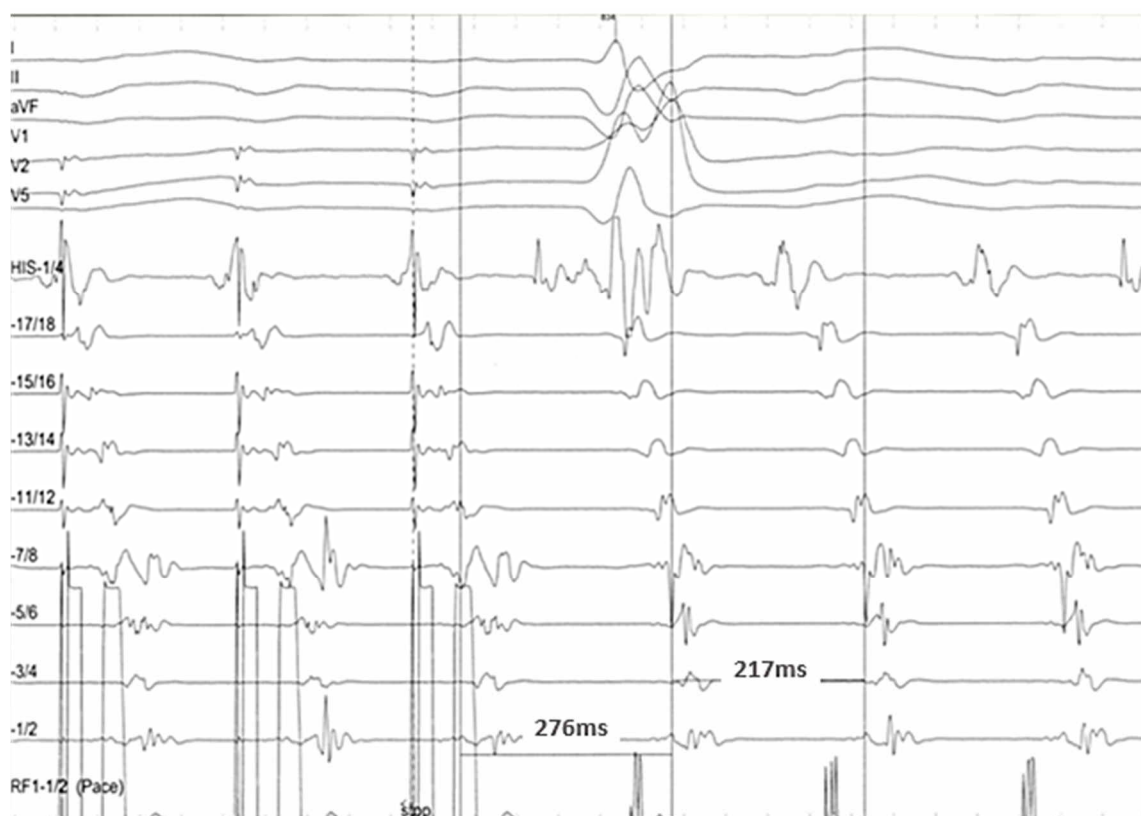
02. Assinale a alternativa que **NÃO** apresenta um dos mais comuns lugares de origem de gatilhos de fibrilação atrial não relacionados às veias pulmonares.

- (A) Parede posterior do átrio esquerdo.
- (B) Veia cava superior.
- (C) Nó atrioventricular.
- (D) Crista *terminalis*.
- (E) Valva de Eustáquio.

03. Na ablação por radiofrequência para tratamento de fibrilação atrial, após realização do isolamento de veias pulmonares, com frequência, é realizado o isolamento de parede posterior do átrio esquerdo, em especial, em casos de fibrilação atrial persistente. De que forma se realizam as aplicações lineares de radiofrequência para se obter esse isolamento?

- (A) Em seio coronário, da porção distal ao óstio.
- (B) Unindo veia pulmonar inferior esquerda com anel da válvula mitral.
- (C) Entre as veias pulmonares esquerdas e entre as veias pulmonares direitas, para gerar isolamento separado das quatro veias.
- (D) Em torno do óstio do apêndice atrial esquerdo.
- (E) No teto, unindo veias pulmonares superiores, e no assoalho, unindo veias pulmonares inferiores.

- 04.** Em estudo eletrofisiológico de paciente com diagnóstico de *flutter* atrial, foram colocados cateteres em átrio direito (duodecapolar), em His e para mapeamento. Realizou-se estimulação atrial para confirmação do diagnóstico e, ao final dessa estimulação, foi observado o traçado abaixo.



O que se pode concluir em relação ao diagnóstico e local de estimulação?

- (A) Não há *flutter* atrial; *overdrive pacing* mostra demonstração de mecanismo automático atrial.
- (B) *Entrainment* com intervalo pós-estimulação prolongado; estimulação fora de local crítico do circuito.
- (C) *Entrainment* com intervalo pós-estimulação menor que o intervalo FF; em local crítico do circuito.
- (D) Extraestimulação atrial com indução de reentrada nodal atrioventricular com bloqueio infra-hisiano.
- (E) Sem diagnóstico de *flutter* atrial; taquicardia sinusal com bloqueio atrioventricular infra-hisiano.

- 05.** Em relação a arritmias ventriculares com origem em músculos papilares, qual a alternativa correta?

- (A) Podem ter origem em ambos os ventrículos, sendo o local mais comum o músculo papilar posteromedial do ventrículo esquerdo.
- (B) O risco de morte súbita é maior em pacientes do sexo masculino e com alterações à ressonância magnética na porção basal do folheto anterior da válvula mitral.
- (C) Extrassístoles com origem no músculo posteromedial têm morfologia de bloqueio de ramo direito com eixo inferior e transição em V1-V2.
- (D) *Pace mapping* é a forma mais indicada de mapeamento, alcançando sucesso em longo prazo da ablação na faixa de 90%.
- (E) Cateteres irrigados não devem ser usados para ablação, pois o risco de ruptura muscular e insuficiência mitral alcança 25%.

- 06.** Em relação ao acesso epicárdico para mapeamento e ablação de taquicardias ventriculares, qual a alternativa está **INCORRETA**?

- (A) Punção inadvertida do ventrículo direito ocorre em até 17% dos casos, geralmente, sem necessitar intervenção cirúrgica.
- (B) Aderências pericárdicas causadas por cirurgia cardíaca ou pericardite prévia podem impossibilitar o mapeamento e ablação epicárdica.
- (C) Dano ao nervo frênico é uma complicação temida nas ablações epicárdicas e pode ser minimizado ao se avaliar risco, estimulando o local pelo eletrodo de ablação antes de aplicar energia.
- (D) Aplicações de radiofrequência a menos de 5mm de artéria coronária podem gerar estenose, espasmo e oclusão do vaso.
- (E) A ablação é, geralmente, feita com cateteres não irrigados, para evitar acúmulo de líquido no espaço pericárdico e eventual tamponamento cardíaco.

07. O mapeamento de voltagem permite identificar circuitos responsáveis por taquicardias ventriculares, mesmo com o paciente em ritmo sinusal, o que permite realizar ablação, mesmo em taquicardias instáveis. Para a diferenciação entre cicatriz e tecido normal, foram padronizados valores. Qual das alternativas abaixo descreve, de forma correta, as voltagens para cicatriz densa, borda da cicatriz e tecido normal endocárdico e epicárdico?

- (A) Cicatriz densa: $<0,1\text{mV}$; Borda: $0,1$ a 5mV ; Normal endocárdico: $>5\text{mV}$; Normal epicárdico: $>5\text{mV}$.
- (B) Cicatriz densa: $<0,1\text{mV}$; Borda: $0,1\text{mV}$ a 2mV ; Normal endocárdico: $>2\text{mV}$; Normal epicárdico: $>2,5\text{mV}$.
- (C) Cicatriz densa: $<0,5\text{mV}$; Borda: $0,5$ a 5mV ; Normal endocárdico: $>5\text{mV}$; Normal epicárdico: $>2,5\text{mV}$.
- (D) Cicatriz densa: $<0,5\text{mV}$; Borda: $0,5$ a $1,5\text{mV}$; Normal endocárdico: $>1,5\text{mV}$; Normal epicárdico: $>1,0\text{mV}$.
- (E) Cicatriz densa: $<0,5\text{mV}$; Borda: $0,5$ a $1,5\text{mV}$; Normal endocárdico: $>1,5\text{mV}$; Normal epicárdico: $>2,0\text{mV}$.

08. De acordo com as Diretrizes Europeias de Fibrilação Atrial de 2020, assinale a alternativa que **NÃO** apresenta uma indicação Classe I no tratamento de fibrilação atrial.

- (A) Para ablação curativa de fibrilação atrial em pacientes que estão anticoagulados, é recomendado que se mantenha a anticoagulação para o procedimento.
- (B) Atividade física regular de moderada intensidade é encorajada, mas atletas devem ser orientados de que atividade física intensa por longo tempo pode aumentar episódios.
- (C) Betabloqueadores e/ou digoxina são recomendados no controle de frequência com fração de ejeção de $\text{VE} \leq 40\%$.
- (D) Betabloqueadores devem ser usados de rotina na prevenção de fibrilação atrial em pós-operatório de cirurgia não cardíaca.
- (E) A ablação com isolamento de veias pulmonares está indicada para a reversão de taquicardiomiopatia, quando a fibrilação atrial é a causa desta, independentemente da presença de sintomas.

09. De acordo com as Diretrizes Europeias de Fibrilação Atrial de 2020, assinale a alternativa **INCORRETA** sobre seguimento após ablação por radiofrequência com isolamento de veias pulmonares.

- (A) Recorrências após o primeiro mês da ablação são preditivas de recorrências a longo prazo.
- (B) Monitorização por *Holter* ou monitor de *Smart phone* não é indicada, pois episódios assintomáticos são incomuns e sem significado clínico.
- (C) A manutenção de fármacos antiarrítmicos, por até três meses, reduz recorrência, cardioversão e hospitalizações nesse período.
- (D) Anticoagulação plena deve ser mantida por, ao menos, dois meses em todos os pacientes.
- (E) Fístula/perfuração esofágica ocorre em $<0,5\%$ dos casos, mas pode ter manifestações tardias, e o paciente deve ser orientado em relação aos sinais e sintomas dessa complicação.

10. Considere as condições e o fármaco abaixo.

- I - Hipóxia
- II - Acidose
- III - Amilorida

Quais podem causar pós-potenciais precoces?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

11. Qual das alternativas abaixo **NÃO** é considerada critério diagnóstico para taquicardia por mecanismo de reentrada?

- (A) Início e término por estimulação prematura.
- (B) Bloqueio unidirecional da condução para indução de taquicardia.
- (C) Tempo de recirculação do impulso até o local de origem mais curto que o período refratário do segmento proximal do circuito.
- (D) Relação inversa entre o intervalo de acoplamento do estímulo prematuro que inicia a taquicardia e o intervalo do primeiro batimento da taquicardia.
- (E) Dependência do local de estimulação para o início da taquicardia.

12. Sobre avaliação da condução atrioventricular, assinale a alternativa correta.

- (A) Presença de intervalo HV > 55ms com intervalo PR normal não indica doença do sistema de condução.
- (B) Bloqueio infra-hisiano é considerado anormal, exceto se associado com ciclo de estimulação < 350ms ou após aumento súbito da frequência atrial.
- (C) Presença de extrassístoles atriais não conduzidas indicam doença distal do sistema de condução.
- (D) A condução infra-hisiana não pode ser avaliada na presença de fibrilação atrial.
- (E) Presença de arritmia sinusal ventrículo-fásica está associada a pior prognóstico no bloqueio AV de primeiro grau.

13. Sobre a realização de manobras diagnósticas durante estudo eletrofisiológico e diagnóstico diferencial de taquiarritmias, assinale a alternativa correta.

- (A) Durante estimulação para-hisiana, o intervalo VA aumenta com a perda de captura do feixe de His, nos indivíduos com via anômala retrógrada septal.
- (B) Término espontâneo da taquicardia supraventricular, com onda P não seguida de QRS, praticamente exclui diagnóstico de taquicardia atrial.
- (C) Durante manobra de encarrilhamento ventricular, o padrão pseudo-VAHV pode ocorrer quando, na presença de taquicardia por reentrada nodal, o intervalo HV da taquicardia é inferior ao intervalo HA.
- (D) Na presença de via anômala posteroseptal, o intervalo VA do estímulo ventricular posterobasal tende a ser maior que o intervalo VA do estímulo, na ponta do ventrículo direito.
- (E) Durante manobra de encarrilhamento ventricular, a diferença entre o ciclo de retorno e o ciclo da taquicardia sugere taquicardia atrial quando for < 115ms.

14. Em relação à taquicardia por reentrada nodal atrioventricular, assinale a alternativa correta.

- (A) A presença de ritmo juncional durante a aplicação de radiofrequência é altamente específica para eliminação da via lenta.
- (B) A abordagem da via rápida é preferível em relação a aplicações junto ao óstio do seio coronário.
- (C) A permanência de dupla fisiologia nodal com batimento de eco nodal isolado aumenta a chance de recidiva tardia.
- (D) A eliminação da via lenta pode ser obtida mediante aplicação de radiofrequência na cúspide não coronariana.
- (E) A crioblação não está indicada para ablação da via lenta.

15. Qual dos padrões abaixo sugere a presença de via anômala epicárdica?

- (A) Onda delta negativa abrupta em DI.
- (B) Onda S profunda em V1.
- (C) Onda delta positiva em avR.
- (D) Morfologia QS no eletrograma unipolar.
- (E) Atividade elétrica contínua, definida como um intervalo isoelétrico < 5ms entre os eletrogramas atrial e ventricular.

16. Sobre presença de vias anômalas e taquicardias supra-ventriculares ortodrômicas, assinale a alternativa correta.

- (A) Índice de pré-excitação absoluto ≥ 75 ms sugere via anômala posteroseptal.
- (B) Estimulação atrial incremental com encurtamento do intervalo P-delta sugere via anômala fascículo-ventricular.
- (C) O intervalo VA é fixo durante a taquicardia supra-ventricular, mesmo na ocorrência de bloqueio de ramo.
- (D) Vias anômalas atriofasciculares são usualmente sensíveis a alterações autonômicas e adenosina.
- (E) O local de estimulação atrial altera o grau de pré-excitação nas vias nodofasciculares.

17. Em relação ao diagnóstico diferencial de taquicardias supra-ventriculares, assinale a alternativa correta.

- (A) Alteração no ciclo atrial precedendo alteração no ciclo ventricular subsequente sugere o diagnóstico de taquicardia por reentrada nodal AV típica.
- (B) Se após estimulação atrial contínua durante taquicardia supra-ventricular, no mesmo local e com diferentes ciclos, o intervalo entre o último QRS capturado e o primeiro batimento atrial da taquicardia for constante, o diagnóstico mais provável é de taquicardia atrial.
- (C) Interrupção reprodutível da taquicardia supra-ventricular pela introdução de extraestímulo ventricular com His refratário, sem captura atrial, exclui diagnósticos de taquicardia atrial e taquicardia por reentrada nodal atrioventricular.
- (D) A introdução de extraestímulo ventricular com His refratário durante taquicardia que antecipa o próximo batimento atrial confirma presença de via anômala atrioventricular e indica que esta faz parte do circuito da taquicardia.
- (E) A presença de dissociação ventrículoatrial demonstrada com estimulação ventricular durante taquicardia supra-ventricular exclui o diagnóstico de taquicardia por reentrada nodal atrioventricular.

18. Em relação aos dispositivos cardíacos eletrônicos e seus limiares de estimulação e energia necessária para desfibrilação ventricular, é correto afirmar que:

- (A) drogas da classe Ic podem reduzir limiar de estimulação.
- (B) glicocorticoides podem aumentar limiar de estimulação.
- (C) amiodarona e drogas da classe Ic podem aumentar energia necessária para desfibrilação.
- (D) isoproterenol é uma droga que pode aumentar limiar de estimulação.
- (E) sotalol pode aumentar energia necessária para desfibrilação.

19. Em relação à taquicardia mediada por marca-passo, assinale a alternativa correta.

- (A) Pode ocorrer em marca-passo atrioventricular programado em modo DDDR e VVIR.
- (B) É impossível que seja iniciada por uma perda de captura de batimento atrial.
- (C) A programação de um intervalo AV curto pode favorecer sua ocorrência.
- (D) O algoritmo de extensão do PVARP (período refratário atrial pós-ventricular), após extrassístole ventricular, pode ajudar a prevenir essa taquicardia.
- (E) Batimento atrial prematuro dentro do PVARP não previne taquicardia mediada por marca-passo.

20. O fenômeno de *cross-talk* ventricular nos sistemas mais modernos de marca-passo é menos comumente observado. Em relação à prevenção de *cross-talk*, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) O uso de *blanking* é fundamental para sua prevenção.
- (B) A utilização de longo período de *blanking* não interfere na possibilidade de identificar eventos cardíacos intrínsecos.
- (C) A programação de amplitude de pulso elevada no átrio pode favorecer esse fenômeno.
- (D) A estimulação de *safety pacing* ocasiona um encurtamento no intervalo AV.
- (E) A presença do *safety pacing* é a forma mais comumente utilizada para evitar as consequências de *cross-talk*.

21. Assinale a afirmação correta sobre distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular e indicação de implante de marca-passo definitivo.

- (A) A presença de intervalo HV: 60ms e de bloqueio de ramo constitui indicação de implante de marca-passo em pacientes assintomáticos.
- (B) O bloqueio de 2º grau de alto grau em portador de doença neuromuscular é indicação de implante de marca-passo independentemente de sintomas.
- (C) O bloqueio de 2º grau tipo Wenckebach, em nível nodal, é indicação de implante de marca-passo independentemente de sintomas.
- (D) Em pacientes com distrofia miotônica associadas com transtornos da condução, a presença de intervalo HV > 70ms não indica necessariamente implante de marca-passo.
- (E) A presença de BAV de 3º grau adquirido, em nível nodal, não indica a necessidade de implante de marca-passo em assintomáticos.

22. Considere as seguintes abreviaturas:

TV= taquicardia ventricular;
FV= fibrilação ventricular;
TSV= taquicardia supraventricular.

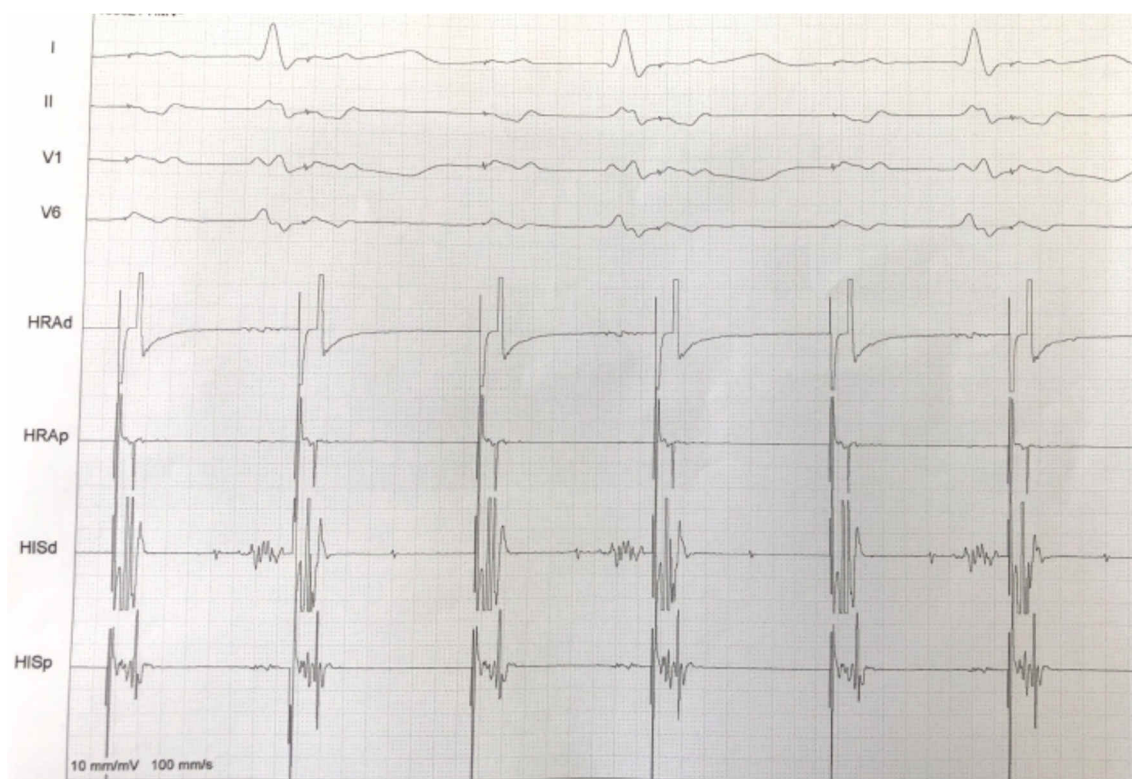
Dentre as ações abaixo, qual **NÃO** previne a ocorrência de choques pelo cardiodesfibrilador?

- (A) Programar *antitachycardia pacing* em todas as zonas de TV e FV.
- (B) Reduzir a sensibilidade de detecção.
- (C) Programar detecções longas nas zonas de TV e FV.
- (D) Utilizar algoritmos discriminatórios de TV e TSV.
- (E) Programar terapias para taquiarritmias lentas.

23. Em um paciente com miocardiopatia hipertrófica, a indicação de implante de desfibrilador para prevenção primária pode ser baseada na presença de fatores de risco para morte súbita. Assinale a alternativa que **NÃO** apresenta uma situação considerada fator de risco.

- (A) Hipertrofia ventricular esquerda $\geq 30\text{mm}$ em qualquer segmento.
- (B) História familiar de morte súbita em parente de 1º grau.
- (C) Presença de bloqueio completo de ramo.
- (D) Fibrose miocárdica >20% em ressonância magnética cardíaca.
- (E) História de síncope há menos de cinco anos, considerada, possivelmente, de causa arritmica.

- 24.** Paciente do sexo masculino, de 55 anos, com ecocardiograma evidenciando fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 45% por hipocinesia difusa, relatando episódio de síncope recente do tipo *on-off*. *Holter* de 24 horas com diversos episódios de bloqueio atrioventricular 2:1. Vem encaminhado para realização de Estudo Eletrofisiológico, que demonstrou achados do traçado abaixo:



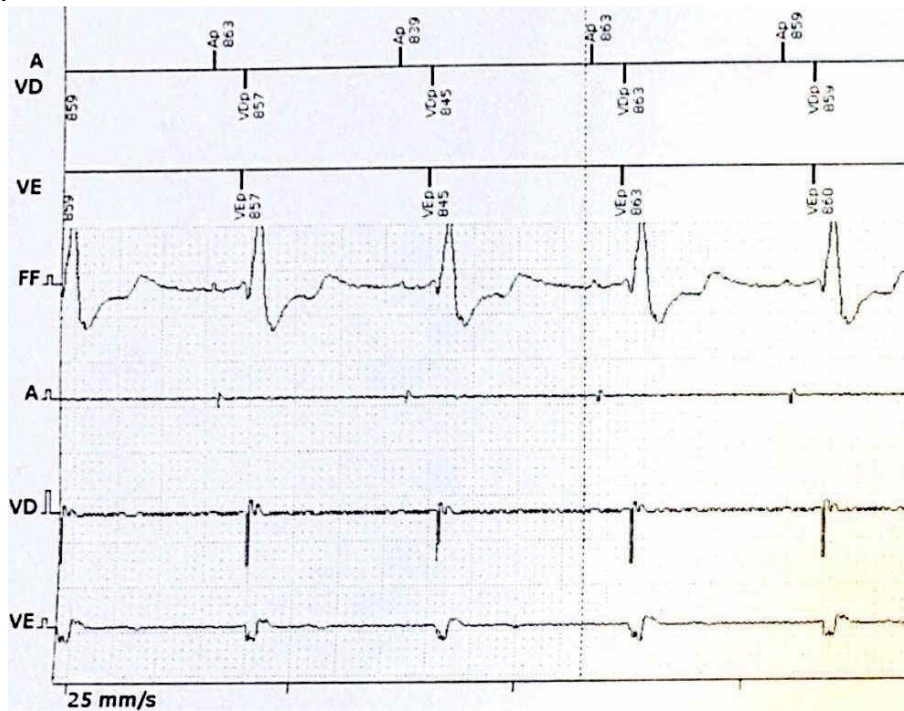
Com base nos dados acima, qual a conduta mais adequada para este paciente?

- (A) Implante de marca-passo dupla câmara com programação que garanta estimulação ventricular direita 100% do tempo.
- (B) Nenhuma conduta adicional já que achados do Estudo Eletrofisiológico são considerados fisiológicos para a faixa etária.
- (C) Implante de marca-passo atrial, já que os achados revelam presença de disfunção sinusal e, portanto, baixa probabilidade de necessitar de estimulação ventricular.
- (D) Considerando que a expectativa de estimulação ventricular seja > 40%, implante de marca-passo ressincronizador.
- (E) Implante de marca-passo ventricular, programado apenas para *back-up*, considerando a baixa probabilidade de evoluir com estimulação ventricular nos próximos anos.

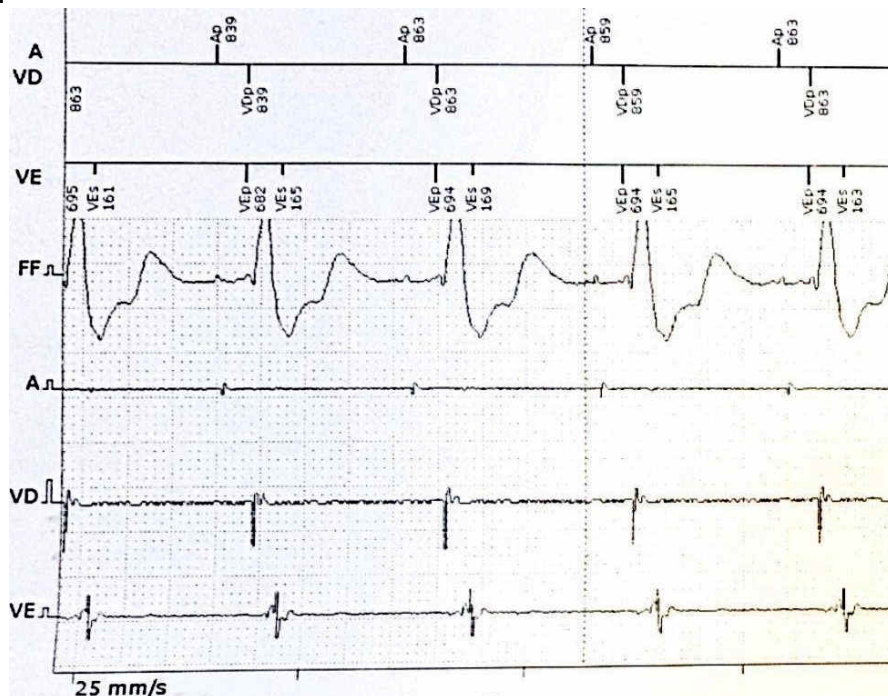
25. Paciente com miocardiopatia dilatada não isquêmica, FE 25%, com marca-passo ressincronizador desfibrilador, refere piora do cansaço em comparação aos meses anteriores. Abaixo, o primeiro traçado intracavitário foi realizado na rotina, quando oligossintomático. O segundo traçado foi feito na piora dos sintomas.

Considere: A= átrio; VD= ventrículo direito; VE= ventrículo esquerdo; Ap= *pace* atrial; VDp= *pace* VD; VEp= *pace* VE; VEs= *sense* VE.

Primeiro Traçado:



Segundo Traçado:



Qual o provável diagnóstico?

- (A) Falha de captura do eletrodo do ventrículo esquerdo, com perda da ressincronização.
- (B) *Oversensing* de onda T.
- (C) Falha de captura do eletrodo do ventrículo direito, com perda da ressincronização.
- (D) *Undersensing* do eletrodo do ventrículo esquerdo.
- (E) *Oversensing* do eletrodo do ventrículo direito.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 04/2021 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 27

MÉDICO I (Cardiologia: Eletrofisiologia)

01.	D	11.	C	21.	B
02.	C	12.	B	22.	E
03.	E	13.	B	23.	C
04.	B	14.	D	24.	D
05.	A	15.	C	25.	A
06.	E	16.	D		
07.	D	17.	C		
08.	D	18.	C		
09.	B	19.	D		
10.	E	20.	B		