

# MANUAL DA QUALIDADE

Descreve o Sistema de Gestão implementado no Laboratório de Produtos Vitivinícolas e Bebidas Espirituosas do Instituto do Vinho, do Bordado e do Artesanato da Madeira, IP-RAM

Edição nº 39/março 2026

Elaboração: Responsável Sistema Gestão  
Aprovação: Conselho Diretivo

## ÍNDICE GERAL

<b>CAPÍTULO 1 – MANUAL DA QUALIDADE</b> .....	4
<b>1.1 PROMULGAÇÃO</b> .....	4
<b>1.2 OBJETIVOS</b> .....	4
<b>1.3 GESTÃO</b> .....	4
<b>CAPÍTULO 2 – INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>2.1 – INSTITUTO DO VINHO, DO BORDADO E DO ARTESANATO DA MADEIRA, IP-RAM</b> .....	5
<b>2.1.1 – REFERÊNCIAS HISTÓRICAS</b> .....	5
<b>2.1.2 – DOMÍNIO DE ATIVIDADE</b> .....	5
<b>2.1.3 – GESTÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA</b> .....	5
<b>CAPÍTULO 3 – POLÍTICA DA QUALIDADE</b> .....	6
<b>CAPÍTULO 4 – REQUISITOS GERAIS</b> .....	7
<b>4.1 – IMPARCIALIDADE</b> .....	7
<b>4.2 – CONFIDENCIALIDADE</b> .....	7
<b>CAPÍTULO 5 – REQUISITOS DE ESTRUTURA</b> .....	9
<b>5.1 – ORGANIZAÇÃO</b> .....	9
<b>5.2 – GESTÃO DO LABORATÓRIO</b> .....	10
<b>5.3 – ATIVIDADES DO LABORATÓRIO</b> .....	10
<b>5.4 – REQUISITOS 17025 APLICÁVEIS</b> .....	11
<b>5.5 – ESTRUTURA E RESPONSABILIDADES</b> .....	11
<b>5.6 – PESSOAL COM AUTORIDADE E RECURSOS</b> .....	12
<b>5.7 – COMUNICAÇÃO E GESTÃO DA MUDANÇA</b> .....	13
<b>CAPÍTULO 6 – REQUISITOS DOS RECURSOS</b> .....	14
<b>6.1 – GENERALIDADES</b> .....	14
<b>6.2 – PESSOAL</b> .....	14
<b>6.3 – INSTALAÇÕES E CONDIÇÕES AMBIENTAIS</b> .....	15
<b>6.4 – EQUIPAMENTO</b> .....	16
<b>6.5 – RASTREABILIDADE METROLÓGICA</b> .....	16
<b>6.6 – PRODUTOS E SERVIÇOS DE FORNECEDORES EXTERNOS</b> .....	16
<b>CAPÍTULO 7 – REQUISITOS DOS PROCESSOS</b> .....	17
<b>7.1 – ANÁLISE DE CONSULTAS, PROPOSTAS E CONTRATOS</b> .....	17
<b>7.2 – SELEÇÃO, VERIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE MÉTODOS</b> .....	17
<b>7.3 – AMOSTRAGEM</b> .....	18
<b>7.4 – MANUSEAMENTO DE AMOSTRAS</b> .....	19

<b>7.5 – REGISTOS TÉCNICOS .....</b>	<b>19</b>
<b>7.6 – AVALIAÇÃO DA INCERTEZA DA MEDIÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>7.7 – VALIDADE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>19</b>
<b>7.8 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>7.9 – RECLAMAÇÕES .....</b>	<b>21</b>
<b>7.10 – TRABALHO NÃO CONFORME .....</b>	<b>21</b>
<b>7.11 – CONTROLO DE DADOS E GESTÃO DA INFORMAÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 8 – REQUISITOS DO SISTEMA DE GESTÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>8.1 – GENERALIDADES .....</b>	<b>23</b>
<b>8.2 – DOCUMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>8.3 – CONTROLO DE DOCUMENTOS.....</b>	<b>24</b>
<b>8.4 – CONTROLO DE REGISTOS .....</b>	<b>25</b>
<b>8.5 – RISCOS E OPORTUNIDADES.....</b>	<b>25</b>
<b>8.6 – MELHORIA.....</b>	<b>25</b>
<b>8.7 – AÇÕES CORRETIVAS .....</b>	<b>25</b>
<b>8.9 – REVISÃO PELA GESTÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO I – SIGLAS E ACRÓNIMOS .....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO II – LISTA DE PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO III – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL .....</b>	<b>30</b>

## CAPÍTULO 1 – MANUAL DA QUALIDADE

---

### 1.1 PROMULGAÇÃO

O Manual da Qualidade (MQ) do Laboratório de Produtos Vitivinícolas e Bebidas Espirituosas (LPVBE) do Instituto do Vinho, do Bordado e do Artesanato da Madeira, IP-RAM, (IVBAM), doravante designado por Laboratório, descreve o Sistema de Gestão (SG) implementado de acordo com o referencial NP EN ISO/IEC 17025 e demais documentação aplicável.

A aprovação deste documento pelo Conselho Diretivo (CD) do IVBAM, constitui a aprovação formal do SG implementado no Laboratório e o seu compromisso com o princípio da melhoria contínua, de modo a assegurar que o Laboratório mantém o estatuto de laboratório acreditado ([Certificado de Acreditação nº L0236](#)) concedido pelo Instituto Português de Acreditação (IPAC) e a qualidade dos serviços prestados, contribuindo assim para o cumprimento da missão do IVBAM.

O Laboratório tem um responsável pelo SG, designado para o efeito, com a responsabilidade de cumprir e fazer cumprir, por todos os colaboradores do Laboratório e por aqueles que, atendendo ao seu conteúdo funcional interagem com o mesmo, as determinações constantes neste documento.

### 1.2 OBJETIVOS

Os principais objetivos do MQ são:

- Descrever e divulgar interna e externamente o SG implementado no Laboratório, numa perspetiva de melhoria contínua;
- Formalizar e divulgar a **Política da Qualidade** adotada pelo Laboratório;
- Evidenciar que o SG implementado no Laboratório cumpre o referencial NP EN ISO/IEC 17025 e demais documentação aplicável.

### 1.3 GESTÃO

Compete ao responsável pelo SG implementado assegurar a gestão deste documento de acordo com as regras estabelecidas internamente, previstas no procedimento interno [PI nº13 \(Controlo de Documentos\)](#).

## **CAPÍTULO 2 – INTRODUÇÃO**

---

### **2.1 – INSTITUTO DO VINHO, DO BORDADO E DO ARTESANATO DA MADEIRA, IP-RAM**

#### **2.1.1 – REFERÊNCIAS HISTÓRICAS**

O IVBAM foi criado no ano de 2006 na Região Autónoma da Madeira (RAM), pelo [Decreto Legislativo Regional nº18/2006/M](#) de 29 de maio, corrigido pela [Declaração de Retificação nº43/2006](#) de 26 de julho e pelas alterações introduzidas através da [Portaria nº10/2008](#), de 5 de fevereiro, como resultado da fusão entre o Instituto do Bordado, Tapeçarias e Artesanato da Madeira e o Instituto do Vinho da Madeira, tendo-se transferido globalmente para o primeiro, o património e os colaboradores de ambos.

Deste modo, a entidade criada passou a depender diretamente do Governo Regional da RAM, através da Secretaria Regional com competências nos setores da vinha, do vinho, do bordado, das tapeçarias e do artesanato, sem prejuízo das orientações que, nestas áreas de competência, sejam definidas por outras secretarias regionais.

Em 2013, o IVBAM foi sujeito a uma reestruturação, tendo a sua orgânica ficado consagrada no [Decreto Legislativo Regional nº5/2013/M](#) de 5 de fevereiro e os seus estatutos na [Portaria nº177-C/2012](#) de 28 de dezembro.

Em 2021, a organização interna do IVBAM foi novamente revista, tendo sido revogada a [Portaria nº177-C/2012](#) de 28 de dezembro e publicados os novos estatutos através da [Portaria nº 171/2021](#) de 9 de abril.

#### **2.1.2 – DOMÍNIO DE ATIVIDADE**

O IVBAM tem sede na cidade do Funchal e exerce a sua atividade em toda a área da RAM, podendo em representação desta e no âmbito das suas atribuições e competências, colaborar com serviços e organizações nacionais e estrangeiros.

São atribuições e competências do IVBAM todas aquelas descritas respetivamente nos artigos 3º e 4º, do Capítulo II do [Decreto Legislativo Regional nº5/2013/M](#).

#### **2.1.3 – GESTÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA**

O IVBAM é um instituto público, com património próprio e dotado de autonomia administrativa e financeira, de acordo com o artigo 1º do Capítulo I do [Decreto Legislativo Regional nº5/2013/M](#).

Constituem receitas e despesas do IVBAM aquelas que constam respetivamente nos artigos 16º e 17º do Capítulo V, do mesmo decreto.

### CAPÍTULO 3 – POLÍTICA DA QUALIDADE

---

O Laboratório, acreditado pelo Instituto Português de Acreditação (IPAC), segundo a norma NP EN ISO/IEC 17025, tem como atividade principal realizar as análises físico-químicas necessárias à prossecução das atribuições do IVBAM nos setores vitivinícola, das bebidas espirituosas e das demais bebidas alcoólicas, emitindo os boletins de análise correspondentes.

A gestão do Laboratório compromete-se com a implementação, manutenção e melhoria contínua do Sistema de Gestão, de modo a que seja cumprida a NP EN ISO/IEC 17025, documentação IPAC, requisitos legais aplicáveis à sua atividade e requisitos acordados com o cliente.

A Gestão do laboratório compromete-se na disponibilização dos recursos necessários de modo a que:

- As atividades sejam realizadas com imparcialidade, livres de pressões de quaisquer natureza que possam comprometer os resultados;
- As atividades sejam realizadas assegurando a confidencialidade em todo o processo de ensaio, com a proteção das informações dos clientes e dos resultados;
- Seja garantida a competência técnica de todo o pessoal, conseguida através de qualificação, formação e experiência;
- Sejam seguidas as boas práticas laboratoriais e os métodos de análise adequados, atualizados e validados, bem como equipamentos apropriados, mantidos e calibrados;
- Os resultados emitidos sejam **consistentes e fidedignos**;
- Seja garantida a rastreabilidade dos resultados dos ensaios aos padrões nacionais e internacionais;
- A comunicação com clientes e outras partes interessadas seja clara e transparente;
- Sejam avaliados e tratados os riscos e oportunidades identificados que possam afetar a validade dos resultados e a confiança no Laboratório;
- **A Política da Qualidade seja revista periodicamente de modo a manter-se adequada ao contexto do Laboratório**, implementada, mantida, comunicada e compreendida por todos os colaboradores.

## CAPÍTULO 4 – REQUISITOS GERAIS

---

### 4.1 – IMPARCIALIDADE

As atividades são desempenhadas no Laboratório de forma consistente e estruturada com base no princípio da imparcialidade, estando todo o pessoal livre de pressões de qualquer natureza, internas ou externas, incluindo pressões que possam ser exercidas pelo Diretor Técnico (DT) do Laboratório, pelo Chefe da Divisão de Laboratórios e Câmara de Provedores (DLP) e pela gestão do Laboratório.

A gestão do Laboratório está comprometida com a imparcialidade, conforme expresso na Política da Qualidade.

A imparcialidade do Laboratório é assegurada, designadamente através dos seguintes fatores:

- A remuneração dos colaboradores é independente da qualidade e da quantidade do trabalho desenvolvido;
- O IVBAM não produz para comercialização qualquer produto analisado pelo Laboratório;
- O IVBAM não presta consultoria a entidades externas, com base nos resultados emitidos pelo Laboratório,
- O IVBAM não detém qualquer interesse, designadamente financeiro, em qualquer entidade para a qual o Laboratório presta serviços;
- Todos os colaboradores efetivos do Laboratório, por serem trabalhadores em funções públicas, estão obrigados a honrar as condições de imparcialidade ([Lei nº35/2014 e suas alterações – Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas](#));
- Os colaboradores admitidos temporariamente no Laboratório, nomeadamente estagiários, por não terem vínculo à Administração Pública, comprometem-se com a imparcialidade, através da assinatura de um compromisso ([FR 90 - Compromisso de Imparcialidade](#));
- Os colaboradores do Laboratório apenas podem acumular funções noutra entidade com autorização prévia da gestão, desde que durante todo o tempo em que se verifica a acumulação se verifique que a imparcialidade do Laboratório não fica comprometida.

O Laboratório possui uma metodologia implementada para a identificação, de forma continuada, dos riscos à imparcialidade (resultantes das atividades do Laboratório, dos seus relacionamentos, dentro da organização e com outras organizações e dos relacionamentos do próprio pessoal), e o modo como os minimiza ou até elimina, estando esta descrita no [PI nº16 \(Riscos e Oportunidades\)](#).

### 4.2 – CONFIDENCIALIDADE

A gestão do Laboratório está comprometida com a confidencialidade, conforme expresso na Política da Qualidade.

Toda a informação obtida ou que resulta das atividades laboratoriais é tratada de modo confidencial, estando este compromisso assumido no contrato estabelecido entre o Laboratório e os clientes.

A confidencialidade do Laboratório é assegurada, designadamente através dos seguintes fatores:

- O pessoal com vínculo ao Laboratório, por serem trabalhadores em funções públicas, estão obrigados a honrar a confidencialidade da informação a que tenham acesso no exercício das suas funções ([Lei nº35/2014 e suas alterações - Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas](#));

→ O pessoal admitido temporariamente no Laboratório para o desempenho de funções com influência na atividade deste, nomeadamente estagiários, compromete-se com a imparcialidade, através da assinatura de um compromisso ([FR 79 - Declaração de Confidencialidade](#));

→ Qualquer pessoa ou entidade externa que tenha acesso às instalações do Laboratório, designadamente fornecedores, deve guardar sigilo sobre toda a informação e documentação de que possa ter conhecimento, técnica e não técnica, exceto se requerido por lei sendo este compromisso assegurado, nomeadamente com recurso à assinatura de uma declaração de confidencialidade ([FR 79 - Declaração de Confidencialidade](#)).

Se, por qualquer motivo, o Laboratório pretender colocar informação pertencente ao cliente no domínio público, deve previamente solicitar-lhe autorização **e acordar os termos em que ocorrerá essa divulgação**.

A informação que o Laboratório tenha de disponibilizar às entidades reguladoras dos setores no âmbito de atribuições do IVBAM e à entidade que reconhece a competência técnica do Laboratório, IPAC, não se enquadra no conceito de domínio público. Como tal, não carece de autorização do cliente para ser divulgada.

Quando o Laboratório é obrigado a disponibilizar informação confidencial do cliente por disposições legais ou contratuais, nomeadamente se solicitado por tribunais, o cliente apenas necessita ser notificado da situação, a menos que a lei não o permita.

As informações sobre um cliente provenientes de outras fontes que não o próprio, por exemplo resultante de reclamações **ou de entidades reguladoras**, estão sujeitas a não podendo ser confidencialidade entre o Laboratório e o cliente. Neste caso, a fonte da informação não pode ser revelada, a menos que esta autorize.

## CAPÍTULO 5 – REQUISITOS DE ESTRUTURA

---

### 5.1 – ORGANIZAÇÃO

O Laboratório está integrado numa organização com personalidade jurídica própria (IVBAM) através do [Decreto Legislativo Regional nº5/2013/M](#) de 5 de fevereiro que aprova a sua orgânica e [Portaria n.º 171/2021](#) de 9 de abril que aprova os seus Estatutos.

O Laboratório faz parte da DLP, sendo esta gerida por um Chefe de Divisão.

As atividades do Laboratório assentam nos seguintes pressupostos:

#### Missão

Realizar as análises físico-químicas necessárias à prossecução das atribuições do IVBAM nos setores vitivinícola, das bebidas espirituosas e das demais bebidas alcoólicas, emitindo os boletins de análise correspondentes, fornecendo **aos seus clientes, tais como outros serviços do IVBAM, operadores económicos dos setores vitivinícola e das bebidas espirituosas, organismos públicos com os quais colabora ou público em geral, resultados dos ensaios que executa de acordo com as boas práticas laboratoriais, consistentes, fidedignos e imparciais.**

#### Visão

Alcançar o estatuto de laboratório de referência no âmbito dos ensaios realizados, contando para tal com a ferramenta “Acreditação do Laboratório”.

#### Valores

Porque cada vez mais os valores impõem-se aos colaboradores e às organizações, o Laboratório identificou os seguintes valores que traduzem de forma inequívoca a sua cultura organizacional, posicionamento e atitudes, quer no funcionamento interno, quer na sua relação com as entidades externas:

**Competência técnica** – A competência técnica proporciona a prestação de serviços de elevado nível, que contribuem para a satisfação e superação das expectativas daqueles para os quais prestamos serviços.

“Rigor e credibilidade ao serviço do Cliente”

**Espírito de equipa** – O trabalho desenvolvido é baseado num forte trabalho em equipa, sustentado por uma comunicação contínua, responsável e pró-ativa.

“Vivência de uma cultura de colaboração mútua alicerçada na comunicação, confiança e partilha de objetivos”

**Melhoria contínua** – Plena abertura à mudança e inovação, conscientes de que o sucesso do passado não garante o sucesso no futuro.

“Cultura de mudança”

## 5.2 – GESTÃO DO LABORATÓRIO

A gestão global do Laboratório é da responsabilidade do CD do IVBAM, **constituído por um presidente e dois vogais**, estando a sua identificação no organograma da secção 5.5 deste documento. Contudo, em situações mais formais, nomeadamente reuniões, este pode fazer-se representar por apenas um dos seus membros.

À gestão do Laboratório compete assegurar que o sistema de gestão continua apto, adequado e eficaz, assim como definir as políticas e assegurar os recursos necessários às atividades deste, de modo a garantir o cumprimento dos requisitos da NP EN ISO/IEC 17025, do IPAC e das entidades reguladoras dos produtos no âmbito de atribuições do IVBAM.

O envolvimento do CD no SG implementado no Laboratório é assegurado por diversas ações, designadamente:

- Ao desencadear as revisões pela gestão;
- Ao garantir os meios para que todas as decisões resultantes da revisão pela gestão sejam implementadas em tempo útil;
- Ao aprovar o Manual da Qualidade;
- Ao aprovar a Política da Qualidade;
- Ao aprovar as competências mínimas e funções por cargo/carreira/categoria existentes no Laboratório, **descritas no Manual de Gestão de Recursos Humanos (MGRH)**;
- Ao promover o Laboratório e a sua acreditação;
- Ao garantir a integridade do SG implementado, quando definidas e implementadas alterações ao mesmo;
- Ao assegurar a comunicação tendo como objetivo a eficácia do SG, a satisfação dos requisitos do cliente e demais requisitos aplicáveis.

## 5.3 – ATIVIDADES DO LABORATÓRIO

A atividade fundamental do Laboratório consiste na realização de análises físico-químicas a produtos tais como vinhos, produtos de origem vínica, outras bebidas alcoólicas, bebidas espirituosas, álcool neutro e mosto concentrado retificado, sendo esta complementada pelo trabalho da Câmara de Provedores, responsável pela análise sensorial de alguns dos produtos analisados no Laboratório.

Todas as informações sobre os serviços prestados pelo Laboratório e pela Câmara de Provedores estão disponíveis na Portaria n.º 710/2023 de 7 de setembro, que aprova as condições a observar nos serviços prestados pelo Laboratório de Produtos Vitivinícolas e Bebidas Espirituosas e pela Câmara de Provedores do Instituto do Vinho, do Bordado e do Artesanato da Madeira, IP-RAM e no documento criado internamente designado por “[Lista de Ensaios](#)”, disponibilizado ao cliente.

Os ensaios no âmbito da acreditação do Laboratório, constituem uma pequena parte de todos os serviços disponibilizados e constam na “[Lista de Ensaios no Âmbito da Acreditação Flexível Intermédia](#)” e na edição em vigor do [Anexo Técnico do Certificado de Acreditação nº L0236-1](#).

Apenas pontualmente e pelos motivos de avaria de equipamento, ausência do pessoal qualificado ou sobrecarga de trabalho, o Laboratório poderá recorrer à contratação a outros laboratórios dos

ensaios acreditados, não podendo esta contratação acontecer por um período superior a seis meses consecutivos. **Nesta situação, os resultados dos ensaios contratados são excluídos do âmbito da acreditação.**

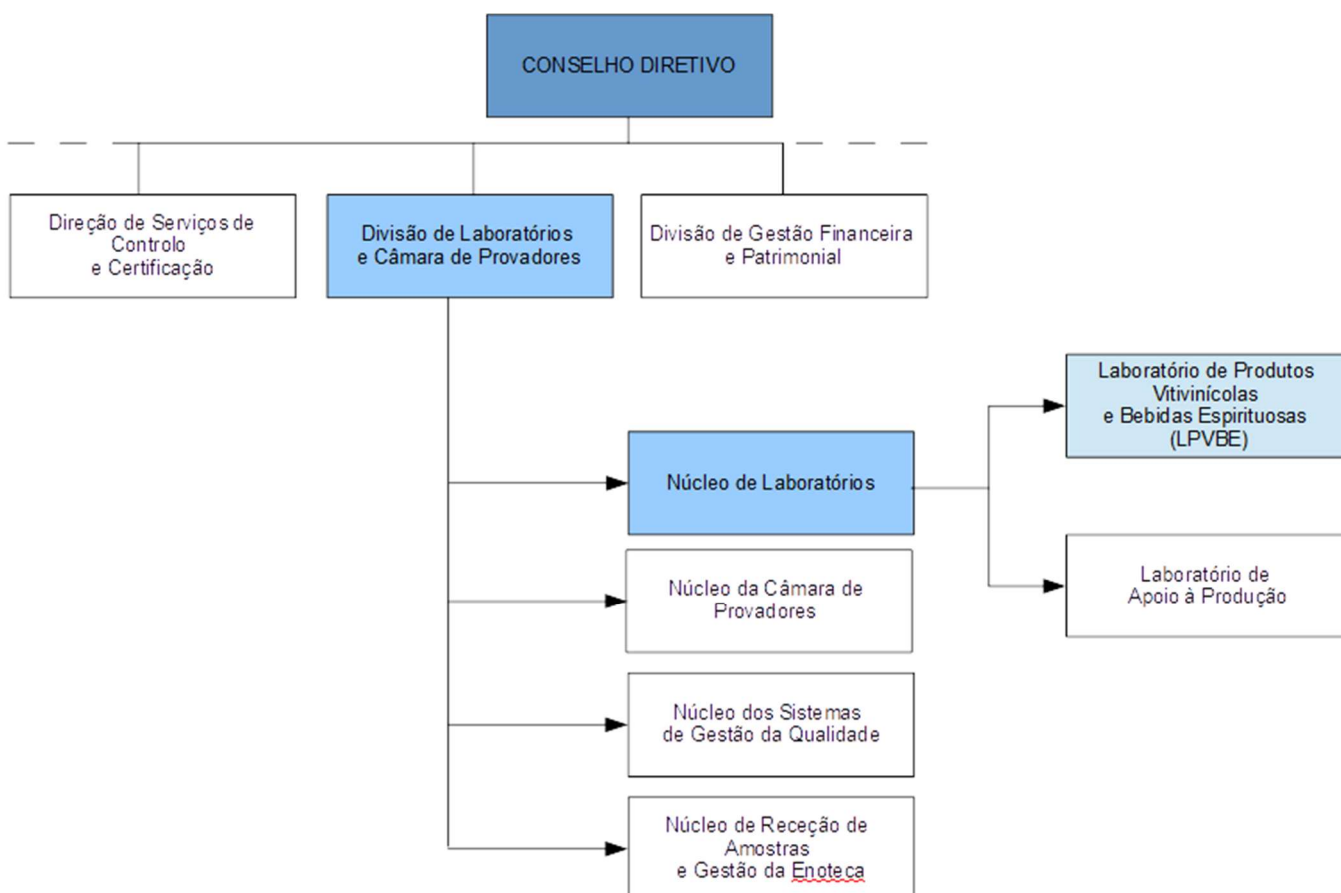
**5.4 – REQUISITOS 17025 APLICÁVEIS**

O Laboratório compromete-se a cumprir os requisitos previstos na NP EN ISO/IEC 17025 e demais documentação aplicável, a satisfazer as necessidades do cliente, as exigências das entidades reguladoras e da entidade que efetua o reconhecimento da sua competência técnica.

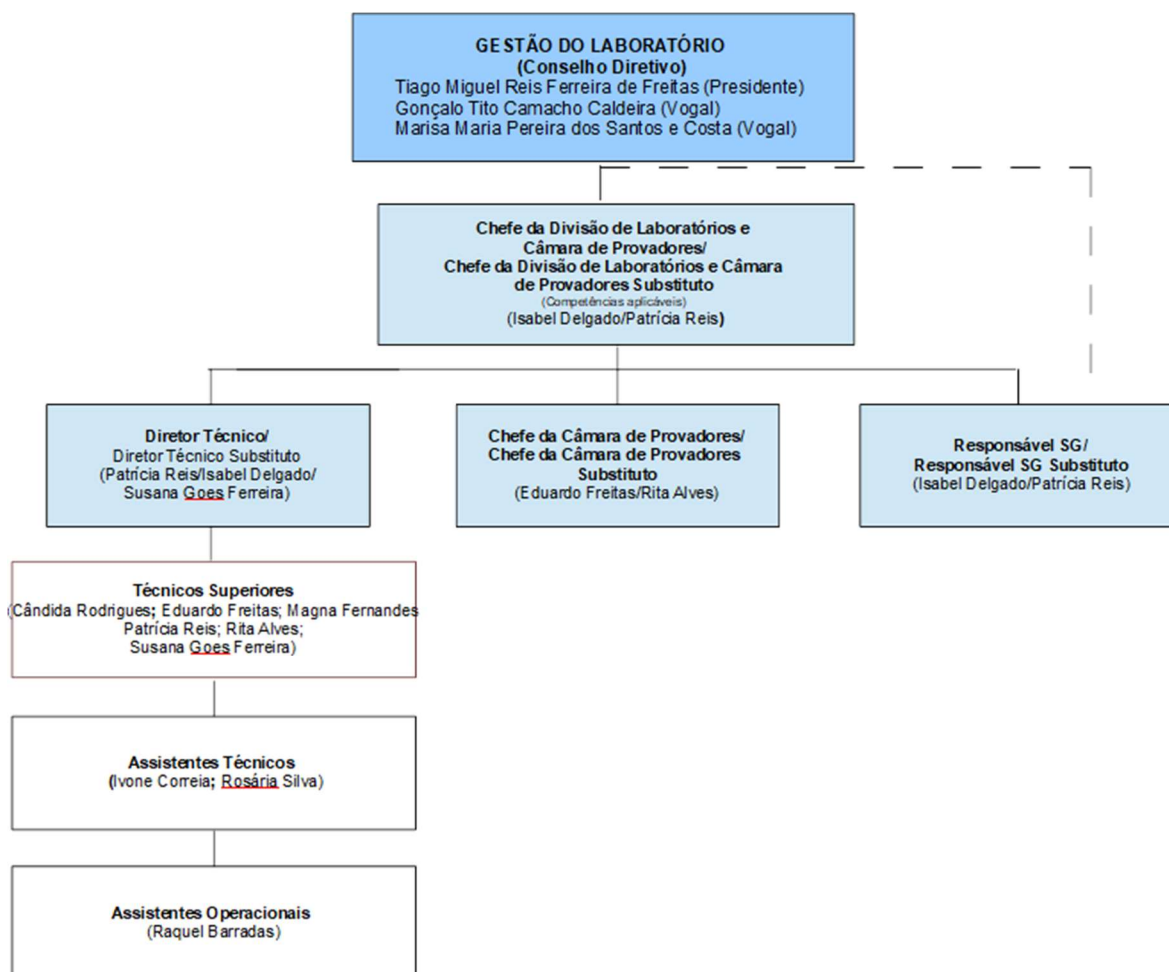
Todas as atividades do Laboratório são realizadas nas suas instalações permanentes, estando estas identificadas na secção 6.2 deste documento.

**5.5 – ESTRUTURA E RESPONSABILIDADES**

O Laboratório está inserido na organização IVBAM de acordo com o seguinte organograma:



A identificação dos várias cargos/carreiras/categorias no Laboratório e na Câmara de Provedores e seus responsáveis, usualmente e em regime de substituição, a relação hierárquica entre estes e relativamente à gestão do Laboratório, estão previstos no organograma seguinte:



O Laboratório define as competências mínimas e as funções para os diferentes cargos/carreiras/categorias, usualmente e em regime de substituição, incluindo a identificação dos colaboradores que as exercem, estando estas descritas no MGRH.

**5.6 – PESSOAL COM AUTORIDADE E RECURSOS**

O Laboratório tem um responsável pelo SG (implementação, manutenção e melhoria), usualmente e em regime de substituição, estando a identificação destes no organograma da secção 5.5 do presente documento.

As competências mínimas que o responsável SG deve possuir e as respetivas funções, usualmente e em regime de substituição, estão também contempladas no MGRH.

## 5.7 – COMUNICAÇÃO E GESTÃO DA MUDANÇA

À gestão do Laboratório compete garantir os meios de comunicação necessários, tendo em vista a eficácia do SG implementado, os requisitos do cliente, das entidades reguladoras e da entidade que efetua o reconhecimento deste.

Em regra, e de modo a gerar evidências, as comunicações que envolvem o Laboratório, nomeadamente com a gestão, entre colaboradores ou com o cliente, são feitas através de correio eletrónico **ou através de publicação no site do IVBAM.**

Apenas em situações pontuais e atendendo ao reduzido número de colaboradores, as comunicações entre estes podem ocorrer oralmente.

## CAPÍTULO 6 – REQUISITOS DOS RECURSOS

### 6.1 – GENERALIDADES

O Laboratório dispõe do pessoal, instalações, equipamentos e processos de suporte necessários à gestão e execução das suas atividades.

### 6.2 – PESSOAL

Todo o pessoal que exerce funções no Laboratório com influência nos resultados emitidos, deve possuir as competências necessárias, adquiridas designadamente na formação de base, e/ou formação complementar e/ou experiência profissional, e trabalhar de acordo com o SG implementado no Laboratório, com base nos princípios da imparcialidade e da confidencialidade.

Pontualmente e de modo a rentabilizar os recursos existentes, um colaborador que desempenha funções em permanência no Laboratório de Apoio à Produção, poderá também desempenhar funções no Laboratório, desde que garantidas as condições de competência, imparcialidade e confidencialidade.

Ainda que o Gabinete de Planeamento de Recursos Humanos do IVBAM possua informação completa de todo o seu pessoal, o Laboratório dispõe de informações sobre todos os seus colaboradores, que constam de um documento designado por “Processo Individual”. Este documento contém, no mínimo, as seguintes informações: identificação completa, habilitações académicas, nota biográfica e formação profissional, sendo atualizado sempre que necessário.

Para além disso e porque o pessoal é um recurso ao qual o Laboratório dedica particular atenção, existe um manual criado internamente sobre a gestão dos recursos humanos, MGRH, que contempla as seguintes fases:

- Admissão de pessoal;
- Competências mínimas por cargo/carreira/categoria (desempenhada usualmente e em substituição);
- Definição de funções por cargo/carreira/categoria (desempenhada usualmente e em substituição);
- Integração do pessoal;
- Identificação do pessoal;
- Meios de comunicação;
- Qualificação do pessoal (obtenção, manutenção da qualificação, desqualificação e requalificação);
- Formação contínua;
- Avaliação de desempenho.

Qualquer colaborador do Laboratório, sempre lhe sejam distribuídas novas competências, é sujeito previamente a um processo de qualificação. No caso particular da realização de ensaios, apenas serão emitidos resultados para o exterior após a qualificação com resultado positivo.

As substituições de pessoal acontecem por diversos motivos, designadamente férias, doença, licença de maternidade ou paternidade, serviço externo ou **sobrecarga de trabalho**, tendo a duração que em cada situação se apresente como necessário. Contudo, um colaborador só pode

exercer funções em regime de substituição se possuir as necessárias qualificações para a função a desempenhar.

### **6.3 – INSTALAÇÕES E CONDIÇÕES AMBIENTAIS**

O Laboratório realiza todas as atividades em instalações permanentes que consistem em parte de um dos andares do edifício sede do IVBAM, sito à Rua Visconde do Anadia, nº44, na cidade do Funchal. Estas são constituídas por várias áreas laboratoriais, gabinetes para os técnicos, salas para armazenamento de equipamentos e sala de arquivo/arrumos.

As instalações laboratoriais estão dotadas das condições ambientais adequadas às atividades desenvolvidas (águas, temperatura, energia elétrica e luminosidade), estando equipadas com aparelhos de ar condicionado e sistemas de ventilação forçada, todos devidamente mantidos.

A limpeza das instalações é assegurada por pessoal do IVBAM efetivo ou admitido para o efeito, após comunicação de todas as instruções de segurança relacionadas com a salvaguarda da integridade física das pessoas, dos equipamentos e das amostras. Já a limpeza dos equipamentos é da responsabilidade dos técnicos que executam os ensaios.

Toda a limpeza, instalações e equipamentos, deve ser executada de acordo com a instrução resumida [IR 34 Limpeza de Bancadas, Equipamentos e Material Consumível](#).

De modo a garantir a segurança das pessoas, das instalações e dos equipamentos, o Laboratório tem implementado um sistema de segurança, estando este descrito num documento interno designado por “Manual de Segurança” (MS). A responsabilidade deste sistema foi atribuída a um colaborador designado internamente para o efeito, estando essa atribuição prevista no MGRH.

A eficácia do sistema de segurança é garantida com recurso aos seguintes meios e regras:

- Extintores e sistema de deteção de incêndios, e mantas corta-fogo;
- Meios de socorro que incluem um estojo de primeiros socorros, um chuveiro com lava olhos e a lista dos telefones de emergência a serem acionados;
- Equipamentos de proteção individual para todos os colaboradores que consistem em batas, luvas e óculos;
- Sinalética adequada;
- Saída de emergência, devidamente assinalada;
- Procedimentos para prevenção e atuação em caso de acidentes;
- Fichas de segurança dos reagentes;
- Regras de armazenamento de reagentes de acordo com incompatibilidades entre eles.

O acesso à área laboratorial está condicionado a pessoas estranhas ao serviço através de um sistema de controlo de acessos, sendo permitida a entrada destes apenas com autorização prévia do Chefe da Divisão na qual está integrado o Laboratório ou do DT, de modo a garantir a confidencialidade das amostras e a manutenção das condições ambientais e de segurança. Qualquer visita às instalações laboratoriais far-se-á sempre acompanhado por qualquer um dos responsáveis referidos anteriormente ou por alguém por estes designado, sendo-lhe solicitada a assinatura de uma declaração de confidencialidade ([FR 79 \(Declaração de Confidencialidade\)](#)).

A preocupação ambiental está presente no Laboratório e reflete-se, nomeadamente na separação dos seus resíduos a nível do papel, do plástico e do vidro.

#### **6.4 – EQUIPAMENTO**

O Laboratório dispõe de todos os equipamentos (instrumentos de medição, equipamentos auxiliares, software, reagentes, consumíveis, padrões de referência,...) necessários à correta realização dos ensaios no âmbito das suas atividades e ao cumprimento das especificações dos Métodos de Análise (MA) aplicados.

Os equipamentos com influência nos resultados são controlados exclusivamente pelo Laboratório, sendo a sua gestão assegurada de acordo com o procedimento interno [PI nº1 \(Equipamentos\)](#).

#### **6.5 – RASTREABILIDADE METROLÓGICA**

A rastreabilidade dos resultados emitidos pelo Laboratório ao Sistema Internacional de Unidades (SI) é assegurada através de:

- Calibrações externas, realizadas por laboratórios de calibração acreditados pelo IPAC ou por outro organismo de acreditação signatário dos Acordos Multilaterais da European Accreditation (EA) ou da International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC), sendo que os símbolos de acreditação devem constar nos certificados;
- Calibrações externas realizadas por laboratórios nacionais de metrologia, cujos serviços estejam cobertos pelo Acordo de Reconhecimento Mútuo (MRA) do Comité International des Poids et Mesures (CIPM);
- Utilização de materiais de referência rastreáveis a materiais de referência certificados fornecidos por entidades competentes para o efeito, por exemplo o National Institute of Standards and Technology (NIST).

#### **6.6 – PRODUTOS E SERVIÇOS DE FORNECEDORES EXTERNOS**

Para a realização das suas atividades, o Laboratório tem necessidade de proceder à aquisição de produtos e serviços a fornecedores externos. Assim sendo, para os que afetam a qualidade dos resultados emitidos e que, como tal, são considerados relevantes, o Laboratório segue a metodologia descrita no procedimento [PI nº3 \(Produtos e Serviços de Fornecedores Externos\)](#).

## **CAPÍTULO 7 – REQUISITOS DOS PROCESSOS**

---

### **7.1 – ANÁLISE DE CONSULTAS, PROPOSTAS E CONTRATOS**

O Laboratório presta serviços a vários clientes internos e externos, nomeadamente a Direção de Serviços de Controlo e Certificação (DSCC) do IVBAM ou os operadores económicos dos setores vitivinícola, das bebidas espirituosas e das restantes bebidas alcoólicas produzidas na Região, ou qualquer outra entidade individual ou coletiva que solicite a este Instituto a realização de ensaios físico e/ou químicos aos produtos dos setores referidos.

O Laboratório dispõe de uma metodologia documentada para a análise das consultas, apresentação de propostas e celebração de contratos com o cliente, encontrando-se esta descrita no [PI nº4 \(Análise de Consultas, Propostas e Contratos\)](#), de modo a garantir que entre o Laboratório e o cliente ficam perfeitamente definidas as condições a obedecer na prestação desses serviços.

O Laboratório poderá ter necessidade de recorrer a fornecedores externos de ensaios no âmbito de um contrato, sendo necessária a aprovação prévia do cliente. Esta contratação poderá acontecer nas seguintes situações:

→ Para os ensaios fora do âmbito da acreditação do Laboratório, a contratação poderá ocorrer de forma continuada, por não existirem os recursos necessários, designadamente equipamentos e/ou pessoal com as competências adequadas;

→ Para os ensaios no âmbito da acreditação, estes podem ser contratados pontualmente e por motivos inesperados, nomeadamente por avaria de um equipamento, ausência do pessoal qualificado ou pico de trabalho. Esta contratação pode acontecer no todo ou em parte e nunca por um período superior a seis meses consecutivos.

No âmbito de um contrato, o Laboratório é responsável pelo cumprimento dos requisitos previamente acordados entre ambas as partes e pelos resultados emitidos, mesmo no caso de resultados fornecidos por outros laboratórios, a menos que o fornecedor de ensaios tenha sido selecionado pelo cliente ou por entidade reguladora.

O Laboratório está sempre disponível para colaborar com o cliente ou outra entidade externa, nomeadamente na prestação de esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas e/ou visualização da realização de ensaios, desde que salvaguardadas as condições ambientais, de segurança, de imparcialidade e de confidencialidade em vigor no Laboratório.

O Laboratório aplica uma tabela de preços aos serviços que presta, estando esta publicada na Portaria n.º 710/2023 de 7 de setembro.

### **7.2 – SELEÇÃO, VERIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE MÉTODOS**

O Laboratório utiliza métodos adequados ao âmbito das suas atividades, estando estes disponíveis para consulta por todos os colaboradores que deles necessitem na rede interna do IVBAM.

O Laboratório não desenvolve internamente métodos de análise para implementação em rotina, utilizando apenas métodos normalizados provenientes de diversas fontes, ou métodos internos neles baseados.

Os tipos de métodos são utilizados de acordo com a seguinte ordem de preferência:

1. Métodos normalizados editados por entidades de reputação reconhecida, como a Organisation Internationale de la Vigne et du Vin (OIV);
2. Métodos normalizados descritos em regulamentos comunitários aplicáveis aos setores vitivinícola e das bebidas alcoólicas e espirituosas e/ou normas internacionais;
3. Métodos normalizados descritos em normas portuguesas de bebidas alcoólicas e espirituosas;
4. Métodos internos baseados em bibliografia técnica de reconhecido mérito (MIVM). Nesta situação, e porque não são do domínio público, o Laboratório deve disponibilizá-los ao cliente, sempre que este os solicite.

Os métodos normalizados escritos em língua que não a portuguesa não são traduzidos, a menos que apenas a sua tradução permita uma aplicação consistente.

No caso de ser necessário incluir pormenores adicionais ou clarificar algum aspeto aos métodos normalizados, modo a tornar a sua aplicação mais consistente, o Laboratório recorre à criação de anexos.

Em regra, o Laboratório aplica a versão em vigor dos MA. Quando tal não for possível, o Laboratório deverá justificar tecnicamente essa impossibilidade.

Quando o cliente não especifica o método a ser utilizado, compete ao Laboratório selecionar e informar qual o método a ser utilizado. Por outro lado, sempre que o cliente pretenda a aplicação de um MA específico e que o Laboratório o considere inadequado ou desatualizado, é da responsabilidade do Laboratório, informá-lo do facto.

Sempre que o Laboratório pretender implementar novos métodos de análise em rotina, de modo a comprovar a sua adequação ao uso, o Laboratório procede previamente:

- À sua verificação, no caso de métodos normalizados;
- À sua validação, no caso de métodos internos.

A metodologia de verificação e validação de métodos seguida pelo Laboratório encontra-se descrita no [PI nº5 \(Verificação e Validação de Métodos de Ensaio\)](#), bem como as **situações em que é necessário proceder à sua revalidação**.

### 7.3 – AMOSTRAGEM

A amostragem é da responsabilidade do cliente, pelo que está fora do âmbito da acreditação do Laboratório.

Esta informação está igualmente disponível no rodapé dos documentos “**Relatório de Colheita**”, “Relatório de Entrada” e **Boletim de Análise (BA)**, todos gerados pela aplicação informática “LabWay-LIMS”.

#### 7.4 – MANUSEAMENTO DE AMOSTRAS

O Laboratório dispõe de um procedimento documentado, [PI nº17 \(Entrega e Manuseamento de Amostras\)](#) que descreve a metodologia seguida na receção, registo, manuseamento, conservação, retenção e devolução do remanescente das amostras, de modo a salvaguardar a sua integridade e os interesses, do Laboratório e dos clientes.

#### 7.5 – REGISTOS TÉCNICOS

Todas as atividades desenvolvidas no Laboratório produzem registos, devendo estes ser feitos de forma a incluir a informação necessária ao estabelecimento de uma linha de auditoria, desde os dados observados até o resultado final.

A gestão destes registos, que inclui a identificação, o acesso, a proteção, as emendas, o tempo de retenção e a eliminação, é assegurada pelo cumprimento do procedimento interno [PI nº7 \(Controlo de Registos\)](#).

#### 7.6 – AVALIAÇÃO DA INCERTEZA DA MEDIÇÃO

O Laboratório avalia a incerteza dos resultados dos ensaios quantitativos que realiza, tendo em consideração todas as contribuições que considera significativas. Preferencialmente, esta avaliação é feita com base nos resultados obtidos em ensaios de aptidão e no controlo da qualidade interno (CQI). Quando tal não for possível, a avaliação é feita componente a componente (abordagem bottom-up ou passo a passo).

A metodologia seguida para a avaliação das incertezas encontra-se descrita no [PI nº8 \(Avaliação da Incerteza das Medições\)](#), **bem como as situações em que é necessário proceder à reavaliação.**

#### 7.7 – VALIDADE DOS RESULTADOS

O Laboratório tem implementada uma metodologia de modo a garantir a validade dos resultados emitidos, estando esta descrita no [PI nº9 \(Validação de Resultados\)](#).

A validação assenta na utilização de diversas ferramentas de controlo da qualidade, interno e externo, nomeadamente:

- Na correlação dos resultados obtidos para diferentes características da mesma amostra;
- Na análise de amostras cegas;
- Na realização de ensaios em duplicado/replicado;
- Na preparação e análise de Materiais de Referência Internos (MRI);
- Na análise de Materiais de Referência Certificados (MRC);
- Na participação regular em ensaios de aptidão ou comparações interlaboratoriais, nacionais ou internacionais.

Esta validação é feita de forma planeada sendo estabelecido um plano de controlo da qualidade que inclui todas estas ferramentas, permitindo obter resultados que são registados e, em algumas situações, tratados estatisticamente, designadamente através de cartas de controlo. Estes controlos

têm como finalidade, entre outras, detetar tendências e antecipar problemas, melhorando o desempenho do Laboratório.

## 7.8 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O Laboratório emite os resultados eletronicamente com recurso à plataforma LabWay-LIMS, fazendo-o de forma exata, clara, inequívoca e objetiva, recorrendo a um modelo próprio de documento, designado por Boletim de Análise (BA).

O BA inclui, para além das informações acordadas com o cliente e necessárias para a interpretação dos resultados, **as previstas nos métodos de análise utilizados**, na NP EN ISO/IEC 17025 e na documentação aplicável do IPAC.

O Laboratório é o responsável por toda a informação expressa no BA, exceto por aquela fornecida pelo cliente, estando o âmbito dessa responsabilidade claramente definida no rodapé do BA.

A amostragem é da responsabilidade do cliente, pelo que está fora do âmbito da acreditação do Laboratório, **os resultados emitidos referem-se apenas à amostra analisada, conforme rececionada. Esta informação está igualmente contemplada no rodapé do BA.**

O Laboratório emite declarações de conformidade em algumas situações (amostras com destino à certificação/comercialização, fiscalização de álcool neutro e fiscalização de mosto concentrado retificado) e apenas para os ensaios para os quais existem limites legais. As declarações de conformidade expressam-se na forma “amostra conforme...” ou “amostra não conforme...”.

A emissão de declarações de conformidade é feita tendo por base regras de decisão conhecidas do cliente. Estas estão expressas no “**Relatório de Colheita**” e no “Relatório de Entrada”, sendo este o contrato entre ambas as partes, e no próprio BA.

Para os ensaios aos quais não estão associados limites legais, o Laboratório apenas emite os resultados e a respetiva incerteza analítica associada, quando calculada. Neste caso a declaração de conformidade assume a opção “Não aplicável”.

A avaliação da conformidade dos ensaios não acreditados está fora do âmbito da acreditação do Laboratório.

Quando solicitado ao Laboratório a emissão de pareceres técnicos ou interpretações dos resultados obtidos, esta é feita fora do âmbito da acreditação do Laboratório e em documentos distintos dos BA.

O Laboratório dispõe um procedimento, [PI nº10 \(Emissão de Resultados\)](#), que descreve a metodologia seguida para a emissão de resultados, incluindo correções a BA anteriormente emitidos. Estes últimos cumprem igualmente os requisitos da NP EN ISO/IEC 17025 e documentação aplicável do IPAC, e identificam claramente o motivo da correção.

Não são reemitidos BA que resultam de alterações da informação da responsabilidade do cliente.

O Laboratório utiliza nos BA a marca de acreditação IPAC e ilac-MRA, de acordo com as disposições constantes no regulamento DRC002 do IPAC, desde que pelo menos um dos ensaios esteja incluído no âmbito da acreditação do Laboratório.

Os BA emitidos pelo Laboratório, estão sempre disponíveis enquanto registos técnicos na própria aplicação LabWay-LIMS.

## 7.9 – RECLAMAÇÕES

O Laboratório encara como oportunidade de melhoria qualquer reclamação que lhe seja apresentada pelos clientes no âmbito das suas atividades, nomeadamente sobre resultados emitidos, prazo de entrega de resultados e outras informações incluídas no BA.

O Laboratório dispõe e disponibiliza a todos os clientes um procedimento documentado para o tratamento das reclamações, [PI nº11 \(Reclamações\)](#), que inclui as fases de receção, análise, validação, decisão e resposta.

## 7.10 –TRABALHO NÃO CONFORME

O Laboratório possui um procedimento interno documentado para a gestão do trabalho não conforme (TNC), encontrando-se este descrito no [PI nº18 \(Trabalho não Conforme e Ações Corretivas\)](#).

## 7.11 – CONTROLO DE DADOS E GESTÃO DA INFORMAÇÃO

O Laboratório tem acesso aos dados e à informação que necessita para o desenvolvimento da sua atividade, estando a maioria dessa documentação disponível em suporte digital e organizada em pastas, cuja identificação está diretamente relacionada com os requisitos da NP EN ISO/IEC 17025.

O acesso às pastas pelo pessoal, acesso total (leitura e escrita) ou apenas leitura, é garantido pelo Gabinete de Informática do IVBAM, de acordo com orientações emanadas pelo responsável do SG e DT e em conformidade com as competências desse pessoal.

Relativamente à informação produzida em suporte papel, o seu controlo é assegurado pelo arquivo dos documentos em locais devidamente resguardados, acessíveis apenas ao pessoal do Laboratório ou por este acompanhado.

Para a emissão dos resultados, o Laboratório utiliza um software desenvolvido **externamente**, designado por “LabWay-LIMS”, sendo o acesso a este condicionado através da atribuição de um perfil para cada utilizador autorizado. Internamente foi designado um responsável por este software, estando essa atribuição identificada no MGRH.

De modo a evidenciar o cumprimento com a NP EN ISO/IEC 17025, demais documentação aplicável e os requisitos do cliente, o Laboratório cria internamente diversos documentos, habitualmente em excel ou word. Estas ferramentas, desde que utilizadas no âmbito previsto, não carecem de validação por se tratarem de softwares já reconhecidos.

Contudo, no caso particular das folhas de cálculo eletrónicas desenvolvidas internamente em Excel, a sua utilização acontece apenas após validação, obtida através de pelo menos um dos seguintes meios:

- Comparação dos resultados com aqueles obtidos com recurso ao cálculo manual;
- Comparação dos resultados obtidos, entre a versão atual e a versão anterior, já validada;
- Comparação com a resposta dada pelo computador, face à introdução de um conjunto conhecido de dados e através da descrição das fórmulas subjacentes.

Alguns dos documentos utilizados no Laboratório estão protegidos com palavra-passe, de modo a impedir alterações ainda que inadvertidas. Estas palavras estão listadas na [FR 47 \(Documentos Eletrónicos\)](#), disponível apenas para os utilizadores autorizados.

Toda a informação produzida pelo Laboratório em suporte eletrónico, arquivada na pasta LV do disco DSAQ, está acessível apenas aos colaboradores deste. A sua salvaguarda é garantida pelo Gabinete de Informática do IVBAM, de acordo com o procedimento [PSI-DIC \(Política de Segurança Interna-Política de Cópias de Segurança\)](#).

A aplicação “LabWay-LIMS” utilizada pelo Laboratório na emissão de resultados, está guardada num servidor distinto do disco DSAQ. Pelo facto, os resultados são primeiro copiados para este servidor, antes de serem submetidos ao procedimento descrito no [PSI-DIC \(Política de Segurança da Informação-Política de Cópias de Segurança\)](#).

A obrigatoriedade do pessoal do Gabinete de Informática do IVBAM em manter a confidencialidade de toda a informação do Laboratório a que aceda, é garantida pelo cumprimento da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas ([Lei nº35/2014 e suas retificações](#)), enquanto a obrigatoriedade de manter a confidencialidade de toda a informação a que tenha acesso, por parte da empresa que detém a exclusividade da aplicação “LabWay-LIMS”, é obtida pela assinatura de declarações de confidencialidade.

Os cálculos e as transferências dos resultados são todos verificados, antes da emissão dos BA.

## CAPÍTULO 8 – REQUISITOS DO SISTEMA DE GESTÃO

### 8.1 – GENERALIDADES

O Laboratório dispõe de um SG perfeitamente documentado, de acordo com a **opção A** do referencial NP EN ISO/IEC 17025, sendo capaz de cumprir de forma consistente e estruturada, com os requisitos da norma e demais documentação aplicável, assim como assegurar a qualidade dos resultados emitidos.

### 8.2 – DOCUMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO

O SG implementado no Laboratório é adequado à sua dimensão e âmbito de atividades, implicando o estabelecimento de políticas e a definição de objetivos, perfeitamente documentados. As políticas e objetivos devem abranger a competência, a imparcialidade e o funcionamento consistente do Laboratório e ser do conhecimento de todos os colaboradores.

**Enquanto a Política da Qualidade está inserida neste documento**, os objetivos definidos, designados por objetivos da qualidade, são registados na [Ficha nº 56 \(OBJECTIVOS DA QUALIDADE\)](#).

A política que resume o SG implementado no Laboratório, designada por “Política da Qualidade”, está integrada neste documento, sendo deste modo aprovada pela gestão em simultâneo com a aprovação do próprio manual. A sua divulgação é feita exclusivamente através deste documento, no mínimo a todos os colaboradores e clientes.

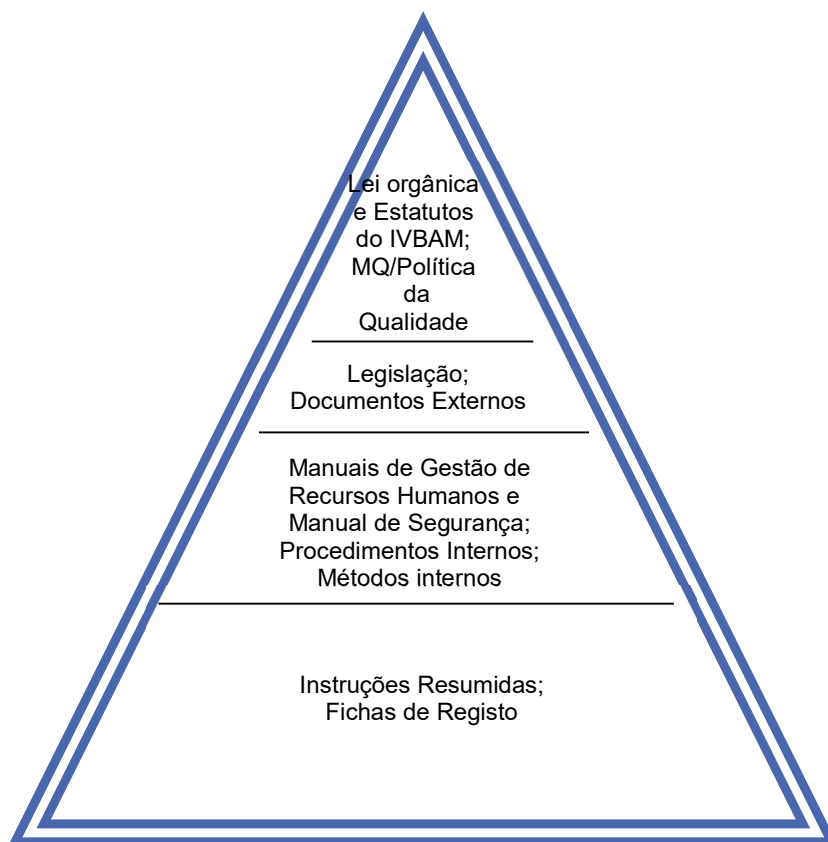
O SG implementado no Laboratório assenta em documentação diversa, constituída por documentos externos e documentos internos, sendo estes últimos criados à medida das necessidades.

Todo o pessoal que desempenha funções no Laboratório tem acesso à documentação necessária para o desempenho das suas funções, externa e interna, devendo por este ser compreendida.

Assim, a documentação do SG pode ser colocada em níveis, consoante a sua relevância, a saber:

- No topo da hierarquia e a par **da lei orgânica** e dos estatutos do IVBAM, está o MQ/Política da Qualidade;
- No segundo nível, está a **legislação e outra documentação externa**;
- No terceiro nível, surgem os **documentos criados internamente como os MGRH e MS, procedimentos internos (PI) e métodos de análise MIVM**;
- No quarto e último nível, surgem outros **documentos igualmente criados internamente, instruções resumidas (IR) e fichas de registo (FR)**.

A hierarquia do sistema documental atrás descrita pode ser representada na pirâmide abaixo:



De modo a uniformizar na medida do possível a documentação interna, existe uma IR onde estão definidas as linhas orientadoras a serem seguidas na elaboração desta documentação ([IR 33 Elaboração Documentação Interna](#)).

Ainda que no Laboratório e ao longo do tempo se tenha vindo a privilegiar a documentação em suporte digital, continua a existir documentação em suporte papel.

### 8.3 – CONTROLO DE DOCUMENTOS

O Laboratório possui uma metodologia implementada com o objetivo de garantir o controlo de toda a documentação (externa e interna) relacionada com o cumprimento da NP EN ISO/IEC 17025 e demais documentação aplicável e com as atividades desenvolvidas no Laboratório, estando esta descrita no [PI nº13 \(Controlo de Documentos\)](#).

A documentação disponível em suporte eletrónico encontra-se no disco DSAQ\LV da rede interna do IVBAM, acessível apenas aos colaboradores do Laboratório ou por estes acompanhados.

A documentação existente em suporte papel encontra-se arquivada nas instalações do Laboratório, igualmente acessível apenas aos colaboradores do Laboratório ou por estes acompanhados.

#### 8.4 – CONTROLO DE REGISTOS

O Laboratório define e recolhe registos legíveis, na sua maioria em suporte digital, como forma de evidenciar a conformidade com a NP EN ISO/IEC 17025 e outros documentos de aplicação obrigatória, o cumprimento dos requisitos acordados com o cliente e a eficácia do SG implementado.

Ainda que o acesso aos registos deva ser imediato, a sua confidencialidade deve ser assegurada.

A metodologia seguida no controlo dos registos produzidos está descrita no [PI nº7 \(Controlo de Registos\)](#).

#### 8.5 – RISCOS E OPORTUNIDADES

O Laboratório mantém uma atitude ativa e continuada no sentido de identificar os riscos e as oportunidades relacionados com a sua atividade, na perspetiva de assegurar a eficácia e a melhoria contínua do SG implementado, aumentar as hipóteses para alcançar os objetivos delineados, e reduzir ou eliminar fatores indesejáveis e potenciais falhas nas suas atividades.

De modo a assegurar a gestão dos riscos e oportunidades identificados, o Laboratório possui uma metodologia implementada, estando esta descrita no [PI nº16 \(Riscos e Oportunidades\)](#).

#### 8.6 – MELHORIA

De forma continuada e enquanto equipa, os colaboradores do Laboratório identificam oportunidades e as ações a tomar, de modo a assegurar a melhoria contínua do SG implementado, das atividades do Laboratório e do serviço ao cliente, sendo estas registadas **no módulo “Constatações” da aplicação informática “QMS”**.

Estas oportunidades são identificadas, nomeadamente através da análise:

- Dos resultados das auditorias internas e avaliações;
- **Dos resultados da participação em ensaios de aptidão/interlaboratoriais;**
- Do retorno da informação dos clientes, positivo ou negativo, obtido pela apresentação de um inquérito de avaliação da satisfação, no mínimo de dois em dois anos;
- Dos resultados alcançados nos objetivos da qualidade, para os quais foram definidos indicadores, metas a atingir e tolerâncias, quando aplicável;
- Das reuniões periódicas entre todos os colaboradores do Laboratório, designadas por “reuniões de melhoria”, **nas quais se apresenta, discute, planeia e atribui responsabilidades na implementação de ações de melhoria;**
- Sugestões/reclamações dos colaboradores e dos clientes;
- Identificação de riscos.

#### 8.7 – AÇÕES CORRETIVAS

O Laboratório possui um procedimento documentado, **PI nº18 (Trabalho não Conforme e Ações Corretivas)**, que define a metodologia a seguir na implementação de ações corretivas (AC), sempre que identificados desvios ao SG implementado, logo incluindo as atividades técnicas desenvolvidas.

## 8.8 – AUDITORIAS INTERNAS

O Laboratório desencadeia anualmente a realização de auditorias internas, com o objetivo de antecipadamente corrigir não conformidades (NC) e identificar oportunidades de melhoria, face aos requisitos da NP EN ISO/IEC 17025, do IPAC e do SG planeado, garantindo assim a sua eficácia.

A programação das auditorias internas é feita para quatro anos, coincidente com o ciclo da acreditação, ainda que durante esse período a programação possa ser revista.

As condições a ter em consideração na elaboração do programa e o modo como são realizadas estas auditorias constam no [PI nº15 \(Auditorias Internas\)](#).

Preferencialmente, os auditores não são colaboradores do Laboratório e devem satisfazer os requisitos mínimos em vigor, previstos na **FR\_62\_Qualificação Fornecedores**.

## 8.9 – REVISÃO PELA GESTÃO

Anualmente a gestão do Laboratório desencadeia a **realização de uma reunião presencial**, na qual participa pelo menos um dos membros do CD e os colaboradores com responsabilidades em tomada de decisões, concretamente o responsável pelo SG e o RT.

O objetivo desta é verificar se o SG implementado continua apto, adequado e eficaz, cumprindo a norma NP EN ISO/IEC 17025 e demais documentação aplicável, nomeadamente aquela editada pela entidade acreditadora, IPAC.

Durante a revisão pela gestão, são analisados todos os temas previstos na NP EN ISO/IEC 17025, dela resultando decisões relacionadas com a eficácia do sistema de gestão e dos processos implementados, com a melhoria contínua das atividades do Laboratório e com a necessidade de providenciar recursos, nomeadamente admissão de pessoal e aquisição de novos equipamentos.

O registo dos temas analisados e das decisões emanadas é feito em ata, aprovada por todos os intervenientes, sendo divulgada a todos os colaboradores do Laboratório.

A responsabilidade e as decisões finais são da responsabilidade do CD, competindo ao responsável pelo SG acompanhar o cumprimento das mesmas.

**ANEXO I – SIGLAS E ACRÓNIMOS**

---

As siglas e acrónimos constantes neste documento são:

AC – Ação corretiva

BA – Boletim de Análises

CD – Conselho Diretivo

CIPM – Comité International des Poids et Mesures

CQI – Controlo da qualidade interno

DLP – Divisão de Laboratórios e Câmara de Provedores

DSCC – Direção de Serviços de Controlo e Certificação

DT – Diretor Técnico

EA - European Accreditation

FR – Ficha de Registo

ILAC – International Laboratory Accreditation Cooperation

IPAC – Instituto Português de Acreditação

IR – Instrução Resumida

IVBAM – Instituto do Vinho, do Bordado e do Artesanato da Madeira, IP-RAM

**LPVBE - Laboratório de Produtos Vitivinícolas e Bebidas Espirituosas**

MA – Método de análise

MGRH – Manual de Gestão de Recursos Humanos

MIVM – Método interno

MQ – Manual da Qualidade

MRA – Acordo de Reconhecimento Mútuo

MRI – Material de referência interno

MRC – Material de referência certificado

MS – Manual de Segurança

NC – Não conformidade

NIST - National Institute of Standards and Technology

OIV - Organisation Internationale de la Vigne et du Vin

PI – Procedimento Interno

RAM – Região Autónoma da Madeira

SG – Sistema de Gestão

SI – Sistema Internacional de Unidades

TNC – Trabalho não Conforme

**ANEXO II – LISTA DE PROCEDIMENTOS**

---

PI nº1 (Equipamento)

PI nº3 (Produtos e Serviços de Fornecedores Externos)

PI nº5 (Verificação e Validação de Métodos de Ensaio)

PI nº7 (Controlo de Registos)

PI nº8 (Avaliação da Incerteza das Medições)

PI nº9 – (Validação de Resultados)

PI nº10 – (Emissão de Resultados)

PI nº11 (Reclamações)

PI nº12 (Trabalho não Conforme)

PI nº13 (Controlo de Documentos)

PI nº15 (Auditorias Internas)

PI nº16 (Riscos e Oportunidades)

PI nº17 (Entrega e Manuseamento de Amostras)

**PI nº18 (Trabalho não Conforme e Ações Corretivas)**

**ANEXO III – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

---

- Decreto Legislativo Regional nº5/2013/M de 5 de fevereiro, que aprova a orgânica do Instituto do Vinho, do Bordado e do Artesanato da Madeira, IP-RAM;
- Portaria n.º 171/2021 de 9 de abril, que aprova os estatutos do Instituto do Vinho, do Bordado e do Artesanato da Madeira, IP-RAM;
- Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, em vigor a partir de 01 de agosto de 2014, Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas;
- Portaria n.º 710/2023 de 7 de setembro, que aprova as condições a observar nos serviços prestados pelo Laboratório de Produtos Vitivinícolas e Bebidas Espirituosas e pela Câmara de Provedores do Instituto do Vinho, do Bordado e do Artesanato da Madeira, IP-RAM.