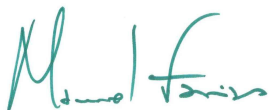


MANUAL DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA

NP EN ISO
9001:2015

NP 4397:2008
OHSAS 18001:2007

Elaborado



Manuel Farias

Aprovado



Paulo Afonso

0. ÍNDICE GERAL (capítulos)

		página
0.	Índice geral	2
1.	Contexto da organização	3
2.	Processos da organização	11
3.	Liderança, política e funções	22
4.	Planeamento	28
5.	Gestão de recursos	33
6.	Avaliação de desempenho	39
7.	Melhoria	45
8.	Vocabulário, siglas e significados	49
9.	Lista de Revisões do Manual	50

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

- 1.1 Histórico
- 1.2 Território e fronteira da organização
- 1.3 Partes internas
- 1.4 Partes externas
- 1.5 Análise SWOT
- 1.6 Monitorização do contexto
- 1.7 Partes interessadas

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

1.1 HISTÓRICO

O LIC - Laboratório de Investigação do Centro, Lda foi uma sociedade por quotas, fundada em 1987-11-13. Em 1988 foi alterado o pacto social, passando a Laboratório Industrial de Controlo de Qualidade, Lda, com início de actividade acreditada na área dos ensaios electrotécnicos.

Em 1989 foi de novo alterado o pacto, para LICQ - Laboratório Industrial de Controlo da Qualidade, S.A., sociedade anónima com capital aberto a entidades e organismos públicos ou privados e a particulares, enquanto se concretizava o alargamento no âmbito dos ensaios acreditados.

Em 1990 esta sociedade anónima deu origem a uma entidade sem fins lucrativos denominada LICQ - Laboratório Industrial de Controlo da Qualidade, Associação Técnico Científica com um fundo social de 25.000 contos, que posteriormente, em 1992, viria a ser elevado para 100.000 contos, mantendo-se a participação de entidades e organismos públicos, para além de empresas privadas e pessoas singulares. Com este estatuto e composição, em 1994 a denominação evoluiu para LIQ - Laboratório Industrial da Qualidade, Associação Técnico Científica. Neste período, foi iniciada a actividade do Laboratório de Metrologia, a par do cescimento e extensão das áreas acreditadas no Laboratório de Ensaios.

Em 1998 foram redefinidas as participações na associação dos associados existentes e dos novos admitidos, passando outras entidades e organismos a deter mais 80% das participações, num processo liderado pela Universidade de Aveiro. No ano seguinte é criado o Departamento de Inspeções de Instalações Eléctricas, acreditado pelo IPAC pelo referencial ISO 17020 e que em 2017 viria certificado de acordo com os referenciais ISO 9001 e OHSAS 18001. Em 2018, com a criação da entidade LIQ - Organismo de Inspeção, foi redominado para **Departamento de Inspeção, Energia e Segurança**.

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

1.2 TERRITÓRIO E FRONTEIRA DA ORGANIZAÇÃO

O sistema de gestão estabelecido através deste Manual aplica-se ao Departamento de Inspeção, Energia e Segurança do LIQ - Laboratório Industrial da Qualidade, com sede em Rua do Portinho, 1431, 3750-320 ÁGUEDA.

Na secção seguinte são identificadas as partes internas que o compõem e as partes externas envolvidas como prestadores de serviços, incluindo nestas partes externas os serviços adquiridos a outros departamentos do LIQ, tal como o serviço de calibração dos recursos de monitorização e medição.

As actividades encontram-se descritas na secção Processos da Organização e são executadas por recursos e competências próprias, sob a direcção do Responsável Técnico do Departamento de Inspeção, Energia e Segurança, em quem a Direcção LIQ delega o planeamento e o controlo operacional das actividades.

O âmbito do sistema de gestão da qualidade e da segurança, é:

INSPECÇÃO DE INSTALAÇÕES ELÉCTRICAS DO TIPO C, ANÁLISE DE PROJECTOS ELÉCTRICOS, AUDITORIAS DO TIPO 4 E COORDENAÇÃO DE SEGURANÇA EM OBRA.

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

1.3 PARTES INTERNAS

As partes internas da organização, detalhadas noutras secções nos domínios das competências e da sua interacção, são:

- Direcção do LIQ;
- Responsável Técnico do Departamento de Inspeção, Energia e Segurança;
- Apoio Administrativo do Departamento;
- Serviço dos Analistas de Projectos Eléctricos;
- Serviço dos Inspectores de Instalações Eléctricas Privadas do tipo C e A;
- Serviço dos Inspectores de Auditoria do Tipo 4;
- Serviço dos Técnicos de Coordenação de Segurança em Obra.

Estas partes realizam as actividades e entrega dos serviços, na sede ou no território nacional continental, de acordo com a natureza do serviço e as contratações dos clientes, dispendo de uma frota de veículos automóveis ligeiros, equipamentos de monitorização e medição, dispositivos de comunicação e aplicações informáticas dedicadas.

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

1.4 PARTES EXTERNAS

As partes externas da organização são:

❑ ALGUMAS PARTES INTERESSADAS

- Clientes (EDP e TR's)
- DGEG
- LABELEC
- Empreiteiros de Obras

❑ OUTRAS ACTIVIDADES E DEPARTAMENTOS DO LIQ, TAL COMO:

- Área Administrativa Geral
- Laboratório de Metrologia
- Laboratório de Ensaios
- Serviços Informáticos
- Comunicação e Marketing

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

1.5 ANÁLISE SWOT

A análise SWOT ao Departamento de Inspeções, Energia e Segurança do LIQ foi realizada pela Direcção e encontra-se descrita em documento específico, datado e rubricado pela Direcção.

As conclusões desta análise identificam os Riscos (pontos fracos e ameaças) e as Oportunidades que foram tomadas em conta na definição da Política e no estabelecimento de Objectivos, que a organização considera relevantes para concretizar a estratégia de evolução desejada, avaliar a eficácia deste sistema de gestão e o nível de satisfação das partes interessadas em geral e dos clientes em particular.

Adicionalmente, a análise SWOT dá origem a um Plano Geral de Perigos e Avaliação de Riscos, revisto sempre que a análise for revista.

Ver documentos: Análise SWOT ao DIES (revista em Maio 2018 e o respectivo Plano Geral de Perigos, Avaliação de Riscos e Oportunidades.

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

1.6 MONITORIZAÇÃO DO CONTEXTO

A monitorização do contexto é realizada pela Direcção do LIQ, com intervalos regulares ou perante alterações não planeadas com impacto na organização dos processos ou na dimensão das actividades.

INTERVALOS REGULARES

REVISÃO ANUAL
PELA GESTÃO

ACTUALIZAÇÃO
TRIENAL DA ANÁLISE
SWOT

ALTERAÇÕES NÃO PLANEADAS

ALTERAÇÕES
LEGISLATIVAS E
REGULAMENTARES

ALTERAÇÕES NO
VOLUME DE ACTIVIDADE
SUPERIORES A 30%

1. CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

1.7 PARTES INTERESSADAS

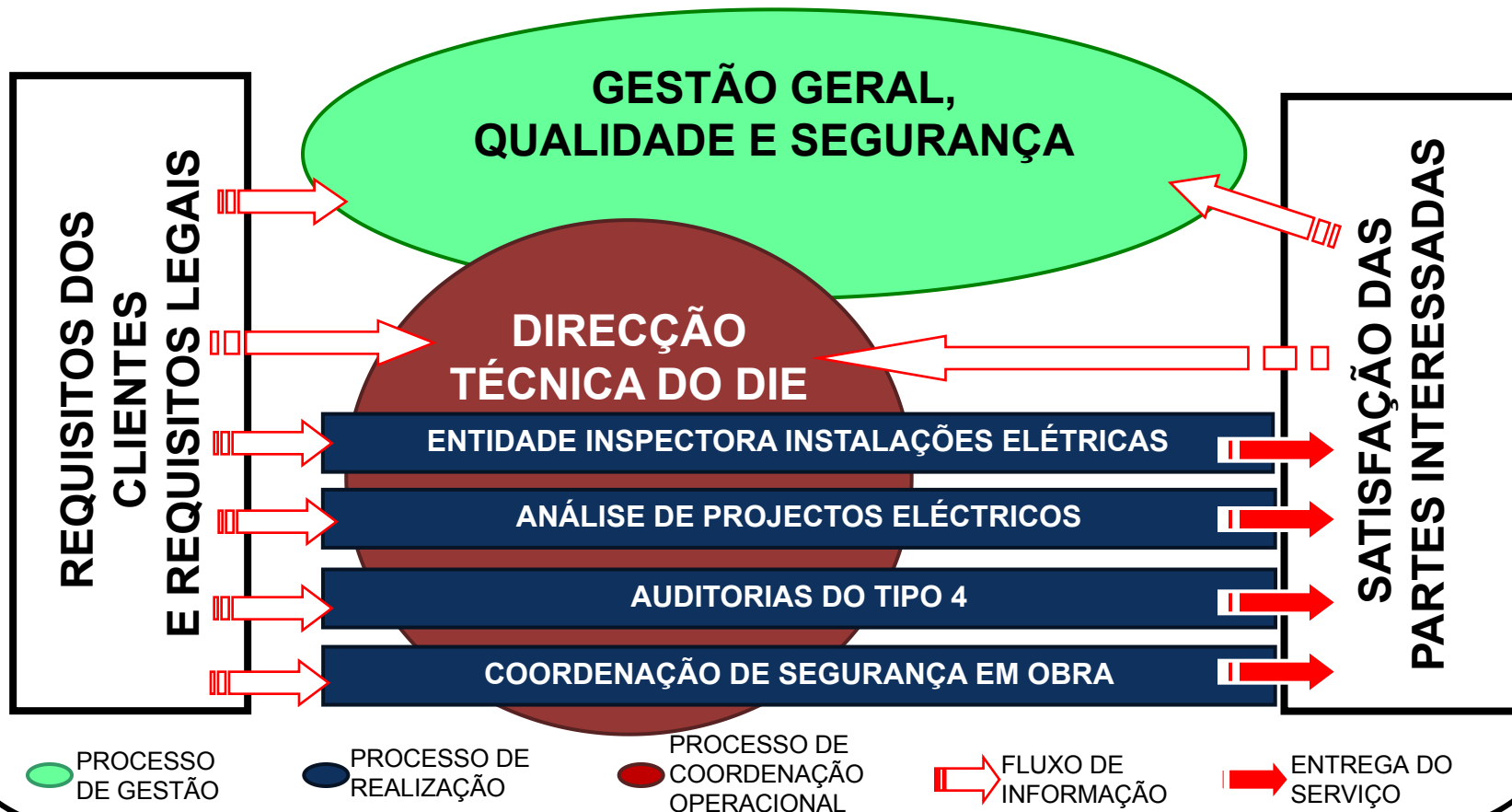
Parte	Necessidades e expectativas
ASSOCIADOS DO LIQ (Direcção)	Sustentabilidade económica, geradora de autonomia financeira. Imagem externa positiva e reconhecida.
CLIENTES INSTITUCIONAIS (EDP)	Serviços prestados nos termos contratados e legais. Comunicação atempada. Colaboração técnica. Tratamento de reclamações eficaz. Disponibilidade para avaliação de desempenho.
COLABORADORES	Remuneração justa, satisfação e motivação. Qualificação profissional e envolvimento na melhoria no desempenho.
DGEG	Obrigações legais satisfeitas. Atribuição e manutenção do estatuto EIIE.
LABELEC	Disponibilidade para a avaliação e para a formação e qualificação dos colaboradores. Eficácia das acções de formação e nas auditorias.
TÉCNICOS RESPONSÁVEIS PROJECTO E INSTALAÇÕES ELÉCTRICAS	Serviço de análise de projecto e de inspeção de instalações eléctricas idóneo, independente e dentro do prazo estabelecido.
EMPREITEIROS EM OBRA	Cooperação e coordenação no cumprimento dos requisitos de segurança em obra. Eficácia na prevenção de acidentes.

2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

- 2.1 Mapa dos processos
- 2.2 Planeamento e controlo operacional da SST
- 2.3 Design e desenvolvimento de serviços
- 2.4 Controlo de fornecedores externos
- 2.5 Controlo do fornecimento dos serviços
- 2.6 Controlo das saídas não-conformes
- 2.7 Requisitos legais da actividade e de SST
- 2.8 Documentos operacionais
- 2.9 Informação documentada e retida

2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.1 MAPA DOS PROCESSOS



2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.2.1 PLANEAMENTO E CONTROLO OPERACIONAL DA QUALIDADE

O planeamento e o controlo operacional da qualidade é realizado a partir do Mapa dos Processos (ver 2.1), que diferenciam cada serviço prestado pela sua natureza, estabelecendo os critérios de natureza legal ou contratados com os respectivos clientes, para a realização, entrega e controlo cada um destes serviços realizados.

Cada processo possui um Plano de Processo, cujas actividades são definidas em procedimentos documentados referidos em cada Plano:

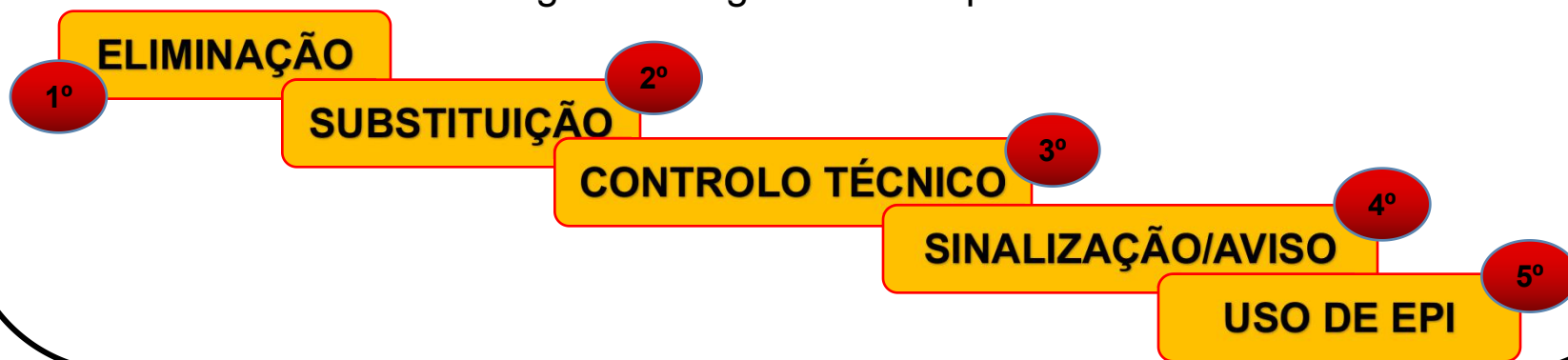
Processo	Plano
GESTÃO GERAL, QUALIDADE E SEGURANÇA	PP 1
DIRECÇÃO TÉCNICA DO DIE	PP 2
ENTIDADE INSPECTORA DE INSTALAÇÕES ELÉCTRICAS	PP 3
ANÁLISE DE PROJECTOS ELÉCTRICOS	PP 4
AUDITORIAS DO TIPO 4	PP 5
COORDENAÇÃO DE SEGURANÇA EM OBRA	PP 6

2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.2.2 PLANEAMENTO E CONTROLO OPERACIONAL DA SST

Para identificar riscos, apreciar e ponderar os perigos e definir os controlos correspondentes, são elaborados o **Plano Geral de Perigos, Avaliação de Riscos e de Oportunidades** e os **Planos de Processo**, com base no domínio técnico das actividades (de rotina ou esporádicas), considerando as áreas e as suas envolventes de proximidade. Os colaboradores, são envolvidos neste planeamento, actualizados face a mudanças nas actividades e periodicamente, sendo os Planos controlados através da data de edição ou alteração e aprovado pelo Gestor QS.

Aplica-se o procedimento **PS 1 - Planeamento da Segurança** e as acções de controlo sobre os riscos seguem a seguinte hierarquia:



2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.3 DESIGN E DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS

Os serviços prestados no âmbito desta organização encontram-se definidos e estabelecidos de modo consolidado pela prática e pela melhoria contínua, em parceria com as organizações que são respectivamente destinatárias de cada serviço.

O design e desenvolvimento de novos serviços distintos dos actuais, será liderado pelo Responsável Técnico do Departamento de Inspeção e Energia, de acordo com as metodologias estabelecidas no Procedimento “PQ 13 - DESIGN E DESENVOLVIMENTO DE NOVOS SERVIÇOS”.

2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.4 CONTROLO DOS FORNECEDORES EXTERNOS

Os critérios para selecção e controlo dos fornecedores externos, bem como a monitorização do seu desempenho, inclui:

- Entidades sub-contratadas para a prestação de serviços ou o seu complemento;
- Entidades fornecedoras de bens e serviços de suporte.

A organização privilegia o conceito de “parceria” de longa duração com estas entidades.

As actividades, metodologias e responsabilidades para o controlo de fornecedores externos encontram-se estabelecidas no PQ 03 - Sub-contratação e Fornecedores Externos.

2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.5 CONTROLO DO FORNECIMENTO DOS SERVIÇOS

Cada um dos processos de realização e entrega de serviço possui um Plano de Processo, cujas actividades de controlo, identificação e rastreabilidade, propriedade dos clientes ou envolvimento dos fornecedores externos, preservação, controlo de alterações e libertação de serviços, são definidas em procedimentos documentados referidos em cada Plano:

Processo	Plano
ENTIDADE INSPECTORA DE INSTALAÇÕES ELÉTRICAS	PP 3
ANÁLISE DE PROJECTOS ELÉCTRICOS	PP 4
AUDITORIAS DO TIPO 4	PP 5
COORDENAÇÃO DE SEGURANÇA EM OBRA	PP 6

2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.6 CONTROLO DAS SAÍDAS NÃO CONFORMES

As saídas não conformes, em particular as que sejam reveladas na sequência da prestação e entrega de serviços ou após a sua entrega, são identificadas e controladas de acordo com as metodologias e responsabilidades definidas no PQ 14 - CONTROLO DE SAÍDAS NÃO CONFORMES

2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.7 REQUISITOS LEGAIS DA ACTIVIDADE E DA SST

As prestações de serviço são realizadas de modo relacionado com requisitos legais, que são de dois tipos: Requisitos Legais Directores e Requisitos Legais Complementares. Aplica-se ainda o **PS 2 - Requisitos Legais da Segurança** e o **PS 5 - Avaliação da Conformidade Legal**.

São Requisitos Legais Directores a legislação e regulamentação técnica e normas europeias com impacto no design e desenvolvimento dos processos, em particular dos processos com realização e entrega de serviços. Estes requisitos legais são identificados de modo associado aos respectivos processos e implicam a análise deste impacto e conclusão das suas consequências.

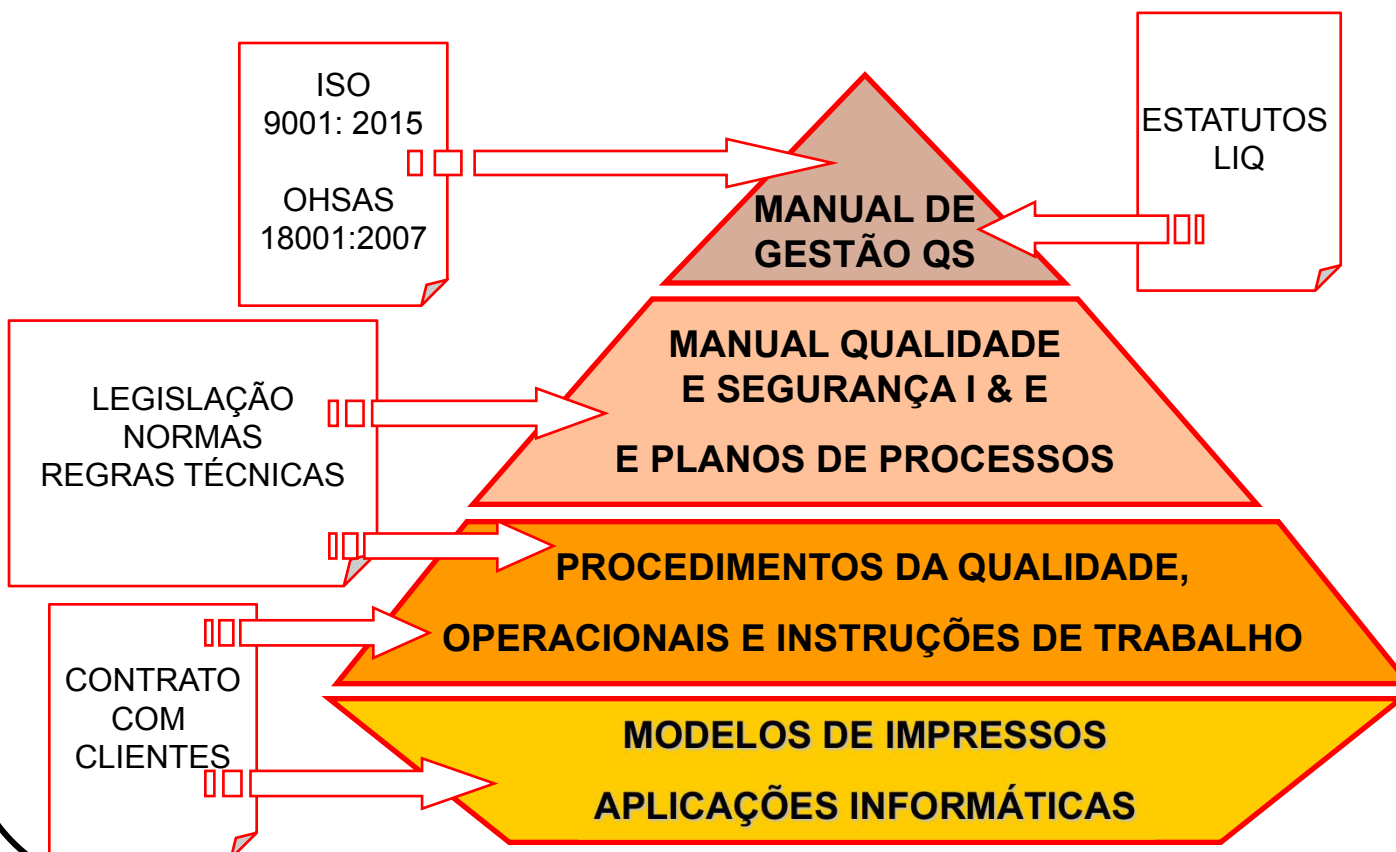
São Requisitos Legais Complementares a legislação e regulamentação técnica e normas europeias com utilidade informativa para a organização, pela relação com as áreas de actividade ou com a tipologia de clientes detidos.

Os Requisitos Legais Directores encontram-se identificados e associados aos respectivos processos (secção Requisitos Legais Directores), mantidos e actualizados.

Os Requisitos Legais Complementares encontram-se disponíveis de modo informativo através dos Portais Informáticos das entidades reguladoras das actividades ou editoras de legislação e normalização.

2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.8 DOCUMENTOS OPERACIONAIS



2. PROCESSOS DA ORGANIZAÇÃO

2.9 INFORMAÇÃO DOCUMENTADA E RETIDA

A informação documentada é gerida de modo partilhado, previligiando o suporte informático para a criação, actualização, aprovação, distribuição e conservação, incluindo o arquivo desta informação.

Nos casos aplicáveis, a informação é gerada e mantida em aplicações informáticas dedicadas, desenhadas, disponibilizadas e actualizadas pelo respectivo cliente contratador, sendo estas situações identificadas no respectivo processo de realização.

As actividades, métodos e responsabilidades da informação submetida a controlo interno encontram-se estabelecidas no PQ 09 - Documentos do Sistema de Gestão e Controlo de Documentos e no PQ 06 - Controlo de Registos e Registos de Inspecção.

3. LIDERANÇA, POLÍTICA E FUNÇÕES

3.1 Compromissos

3.2 Política da Qualidade e da Segurança

3.3 Organigrama

3.4 Funções e Responsabilidades

3.5 Revisão pela Gestão

3. LIDERANÇA, POLÍTICA E FUNÇÕES

3.1 COMPROMISSOS

A gestão de topo é assegurada pelo Presidente da Direcção, envolvido na gestão da qualidade e da SST, assumindo os seguintes compromissos:

- Validar a Análise SWOT e o seu Plano Geral de Riscos e Oportunidades;
- Liderança do Processo Gestão Geral que visa a eficácia do SGQS;
- Estabelecer a Política e os Objectivos da Qualidade e da SST compatíveis com o contexto decorrente da orientação estratégica e a natureza dos riscos da SST;
- Adoptar o SGQS para gerir a organização, com uma abordagem por processos, com o pensamento baseado em riscos e assegurando os recursos necessários, incluindo a prevenção de lesões e afecções de saúde;
- Envolver todos os colaboradores e comunicar a importância da gestão da qualidade eficaz, da conformidade com os requisitos adoptados e dos requisitos legais, de modo a que todos sejam comprometidos e se sintam apoiados para contribuir para a eficácia da qualidade e da segurança;
- Promover a melhoria, de modo contínuo e em particular através do instrumento de revisão pela gestão, assegurando que os resultados pretendidos são atingidos, incluindo os objectivos da SST.

3. LIDERANÇA, POLÍTICA E FUNÇÕES

3.2 POLÍTICA DA QUALIDADE E DA SEGURANÇA

MISSÃO

Intervir como PARCEIRO de entidades reguladoras, certificadoras ou contratantes de serviços de inspeção de instalações elétricas, análise de projeto elétrico, auditoria técnica e de coordenação da segurança em obra, de modo útil, eficaz e ajustado às suas necessidades.

POLÍTICA DA QUALIDADE E DA SEGURANÇA

Alcançar a satisfação dos clientes na qualidade do serviço prestado, adequada às suas necessidades, no prazo de execução e na relação personalizada que lhes será concedida.

Instalar a melhoria contínua ao nível dos custos operacionais, da satisfação dos clientes e na expressão económica dos resultados, bem como a satisfação dos requisitos aplicáveis.

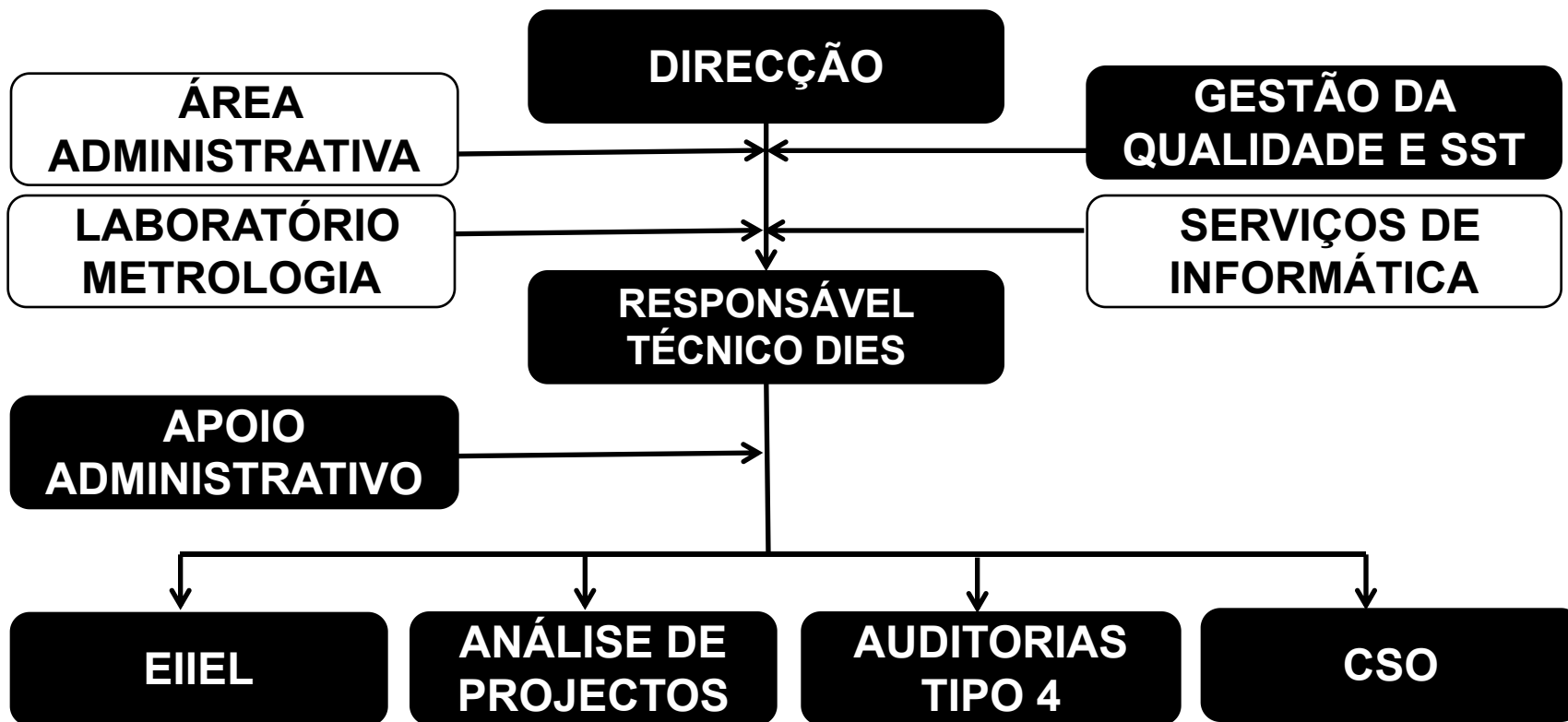
Acompanhar a evolução legal e normativa das atividades, com especial atenção para a regulamentação no domínio dos processos de realização e na prestação dos serviços.

Prevenir lesões e afeções de saúde, com a melhoria contínua da gestão da SST, reduzindo consequências na incapacidade do pessoal e dos recursos físicos relevantes devido a acidente.

Envolver os colaboradores e promover a coesão da equipa, evoluindo as suas competências, de modo a melhorar o contributo individual para atingir os objetivos propostos.

3. LIDERANÇA, POLÍTICA E FUNÇÕES

3.3 ORGANOGRAMA



3. LIDERANÇA, POLÍTICA E FUNÇÕES

3.4 FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

As funções, responsabilidades e autoridade atribuídas aos diversos níveis e funções estabelecidas através dos organogramas da secção anterior encontram-se detalhadas no MQ 01I - Manual da Qualidade do LIQ - Organismo de Inspeção.

3. LIDERANÇA, POLÍTICA E FUNÇÕES

3.5 REVISÃO PELA GESTÃO

A revisão pela gestão é liderada pela gestão de topo, em matéria de análise e conclusão, a partir das informações, dados e tendências recolhidos sob a liderança do Gestor da Qualidade & Segurança. A periodicidade é coincidente com o ciclo anual de gestão correspondente ao ano civil, sem prejuízo de outras actividades de monitorização da gestão e da eventual realização de revisões extraordinárias.

As actividades, metodologias, responsabilidades e registos encontram-se detalhadas no **PQ 10 - Revisão pela Gestão**.

4. PLANEAMENTO

- 4.1 Gestão de Riscos e Oportunidades
- 4.2 Identificação de Perigos e Avaliação de Riscos SST
- 4.3 Objectivos da Qualidade e SST
- 4.4 Preparação e Respostas a Emergências

4. PLANEAMENTO

4.1 GESTÃO DE RISCOS E OPORTUNIDADES

O Departamento de Inspeção, Energia e Segurança do LIQ adoptou o pensamento baseado no risco como requisito envolvente e transversal a todos os processos de realização e entrega de serviço ao cliente. Assim, cada processo de realização identifica e detalha os riscos associados, bem como as acções que permitem prevenir ou reduzir os efeitos indesejados.

Globalmente, a determinação do contexto da empresa e da análise SWOT às áreas de actividade, identifica os riscos e as oportunidades da organização, de modo geral, através do documento Plano Geral de Perigos, Avaliação de Riscos e de Oportunidades.

4. PLANEAMENTO

4.2 IDENTIFICAÇÃO DE PERIGOS E AVALIAÇÃO DE RISCOS DE

SST

A identificação de perigos e avaliação de riscos é efectuada a dois níveis:

nível 1

PLANO GERAL DE PERIGOS,
AVALIAÇÃO DE RISCOS E
OPORTUNIDADES
(decorrente da análise SWOT)

nível 2

PERIGOS E AVALIAÇÃO DE
RISCOS SST DO PROCESSO
(em cada processo de realização)

Os colaboradores respectivos são envolvidos na identificação de perigos e riscos de nível 2, através do procedimento **PS 3 - Comunicação, Participação e Consulta**.

4. PLANEAMENTO

4.3 OBJECTIVOS DA QUALIDADE E SST

Os objectivos da qualidade e SST são estabelecidos de modo a serem associados a cada um dos processos, para controlo da respectiva eficácia, bem como a interpretação da política da qualidade e SST nas diversas funções da organização.

A planificação dos objectivos é efectuada com base na revisão anual pela gestão, através do documento anual Plano Anual de Objectivos, Metas e Planos de Acção - XXXX (em que XXXX é a referência ao respectivo ano), tendo em consideração a calendarização, a identificação dos recursos envolvidos, das responsabilidades e das metas mesuráveis e objectivas que permitam a avaliação dos resultados.

As alterações que possam ocorrer, a nível do Mapa dos Processos ou dos Requisitos Legais Directores ou, ainda, significativamente nos recursos envolvidos, darão origem a uma revisão eventual dos documentos relativos ao contexto da empresa e, se for caso, a uma revisão extraordinária da política da qualidade e SST e dos objectivos associados, garantindo a integridade e actualidade do SGQS.

4. PLANEAMENTO

4.4 PREPARAÇÃO E RESPOSTAS A EMERGÊNCIAS

O plano de cada processo de realização inclui a identificação dos perigos e, associados a estes, a avaliação dos riscos no domínio da gestão.

No domínio da segurança aplica-se o **PS 4 - Preparação e Respostas a Emergências**.

No caso de riscos com provabilidade ou impacto elevados, são desencadeadas acções de simulacro para testar as respostas às emergências. Caso seja aplicável, esta simulação envolverá as partes interessadas. O registo destas acções é organizado no dossier “Simulação de Perigo Elevado”, incluindo todos os registos previstos para a respectiva ocorrência factual.

Em caso de falhas nas respostas de prevenção e mitigação das consequências, será desencadeada a revisão das metodologias previstas.

5. GESTÃO DE RECURSOS

- 5.1 Conhecimento Organizacional
- 5.2 Competências Internas e Externas
- 5.3 Consciencialização, Formação e Comunicação
- 5.4 Infra-estruturas
- 5.5 Ambiente e Factores Humanos

5. GESTÃO DE RECURSOS

5.1 CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL

Todos os serviços prestados no âmbito desta organização estão definidos e encontram-se estabelecidos na documentação contratual acordada com os clientes e consolidados pela prática e pela melhoria contínua das actividades realizadas ao longo de vários anos.

As relações de longa duração e a estabilidade laboral são adoptadas como valor e como alicerce para que a experiência e a dedicação dos colaboradores sejam equivalentes ao conhecimento organizacional em todas as actividades de realização e prestação de serviço.

De igual modo, o recurso a plataformas informáticas disponibilizadas pelos contratantes, para planear, realizar e entregar os serviços, incluem o domínio da comunicação externa e a identificação dos seus requisitos declarados.

A integração de novos colaboradores não deverá conduzir ao risco da diminuição deste conhecimento organizacional, pelo que serão desencadeadas acções conforme definido em PQ 01 - Pessoal.

5. GESTÃO DE RECURSOS

5.2 COMPETÊNCIAS INTERNAS E EXTERNAS

O procedimento PQ 01- Pessoal, estabelece os requisitos de competência interna para as funções e tarefas que possam afectar o desempenho do SGQS, a eficácia dos seus processos, a satisfação dos clientes, os objectivos da qualidade e da segurança e os requisitos aplicáveis.

Nos casos em que os contratos estabelecidos com os clientes incluam a parceria com outras entidades ou a inclusão de serviços sub-contratados que não façam parte das competências internas, são envolvidas entidades que, em regra, integram a rede de parcerias que já se encontra estabelecida. Estas prestações de serviço externas são recepcionadas e o desempenho da entidade sub-contratada é avaliado através das metodologias definidas para o controlo dos fornecedores externos PQ 03 - Sub-contratação e Fornecedores Externos.

5. GESTÃO DE RECURSOS

5.3 CONSCIENCIALIZAÇÃO, FORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A organização considera que a consciencilização dos colaboradores é muito relevante em alguns aspectos:

- Imparcialidade, independência e confidencialidade;
- Pensamento baseado no risco e prevenção face aos perigos;
- Satisfação do cliente;
- Contribuição individual para os objectivos estabelecidos.

Os colaboradores são todos integrados no PQ 01 - Pessoal, do qual decorre um Plano Anual de Consciencilização, Formação e Comunicação

Este Plano constitui uma das saídas da revisão pela gestão e inclui:

- as acções de formação planificadas;
- as actividades de consciencilização, relativas ao SGQS;
- os instrumentos de comunicação utilizados em modo de rotina e relevantes para o SGQS.

5. GESTÃO DE RECURSOS

5.4 INFRA-ESTRUTURAS

São identificadas as seguintes infra-estruturas relevantes para o desempenho do SGQS:

- Sede e estabelecimento do Departamento de Inspeções e Energia, no LIQ;
- Redes de hardware e software instalado (fixo e portátil);
- Veículos automóveis;
- Recursos de medição e monitorização;

As metodologias adoptadas, bem como responsabilidades e registos encontram-se estabelecidas no PQ 02I - Instalações e Equipamento.

5. GESTÃO DE RECURSOS

5.5 AMBIENTE E FACTORES HUMANOS

O ambiente de trabalho na sede é cuidado e dispõe de recursos de modo a proporcionar condições físicas e sociais de conforto e que motivam os colaboradores, de modo a ao encontro de factores sociais, psicológicos e físicos.

As viaturas são submetidas a um plano de manutenção e assistência, proporcionando condições de segurança e prevenção de avarias, sendo os respectivos utilizadores consciencializados para a atenção cuidada sobre o estado, funcionamento, limpeza e imagem para o exterior. Como registos do planeamento e da execução destas acções, são adoptados os planos do fabricante e os registos no manual de manutenção de cada viatura.

A presença de inspectores e auditores em locais privados, tal como estaleiros de obras, obras em curso, habitações, lojas, entradas e partes comuns de edifícios de habitação colectiva e o interface com outros interlocutores, deverá ser bem cuidada na apresentação e preventiva no que respeita às condições de segurança e às relações interpessoais dialogantes, cordiais e sem conflito.

6. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

- 6.1 Eficácia do SGQS
- 6.2 Eficácia das Acções Tratamento de Riscos e Oportunidades
- 6.3 Eficácia do Planeamento Operacional
- 6.4 Satisfação dos Clientes
- 6.5 Auditoria Interna

6. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

6.1 EFICÁCIA DO SGQS

A eficácia do SGQS é avaliada internamente, de modo periódico, através da revisão anual pela gestão que visa determinar:

- A eficácia de cada processo;
- A eficácia global do SGQS em relação à política da qualidade;
- A eficácia global do SGQS em relação à política da segurança.

Nota 1: Os processos de realização tem associada a satisfação dos clientes e a existência de reclamações, bem como indicadores físicos de natureza técnica.

Nota 2: O processo gestão global tem associados indicadores de gestão económica.

Nota 3: Os processos de suporte tem apenas associado um indicador de eficácia dos seus objectivos de satisfação interna.

A gestão de topo assegura, ainda, o acompanhamento permanente da eficácia do SGQS através do envolvimento pessoal e da identificação de riscos e de oportunidades de melhoria pontuais que, se for caso, são registadas no impresso DQ 45 - Registo de Ocorrência.

6. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

6.2 EFICÁCIA DAS ACÇÕES DE TRATAMENTO DO RISCO E OPORTUNIDADES

As acções de tratamento de risco e oportunidades são planificadas de dois modos:

- Plano Geral dos Riscos, Avaliação de Perigos e Oportunidades, associado à planificação estratégica e análise SWOT;
- Perigos e Avaliação de Risco SST associadas a cada processo de realização.

A eficácia destas acções é determinada no contexto da revisão anual pela gestão, em cada ciclo de planeamento da qualidade, através da verificação da satisfação dos objectivos estabelecidos para cada acção.

6. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

6.3 EFICÁCIA DO PLANEAMENTO OPERACIONAL

Cada processo de realização estabelece referência aos critérios de controlo operacional das actividades com entrega de serviço. Estes critérios decorrem de aspectos de natureza legal e/ou dos aspectos contratados pelos clientes, podendo ser objecto de revisão e alteração, pelos seus emissores.

As plataformas informáticas editadas pelos clientes, asseguram e evidenciam o cumprimento destes critérios, através de instrumentos “fail safe” informáticos instalados em cada aplicação.

A monitorização mensal da Direcção sobre os custos operacionais permite manter a sustentabilidade de longo prazo das actividades e a angariação dos recursos necessários à satisfação dos objectivos de natureza económica, avaliando o desempenho da eficácia do planeamento operacional e dos resultados proporcionados. Esta monitorização é efectuada através dos Relatórios de Actividade Mensal do Responsável Técnico do Departamento de Inspeção, Energia e Segurança.

6. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

6.4 SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

A satisfação dos clientes é realizada através métodos indiciários, considerando que a generalidade dos clientes são de rotina e que estes constituem o grupo destinatário de 100% dos serviços prestados.

O indicador principal é a fidelização dos clientes que constituem este grupo e as suas rotinas de contratação de serviços através da variação comparada mensalmente.

Como indicador complementar, aos registos de reclamações permite concluir sobre sua satisfação em sede de revisão pela gestão.

As metodologias e responsabilidades encontram-se estabelecidas no PQ 10I - Revisão pela Gestão.

6. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

6.5 AUDITORIA INTERNA

As auditorias internas são planificadas como saída da revisão pela gestão, em base anual, visando avaliar a eficácia na implementação do sistema de gestão da qualidade e da segurança, tomando em conta os dois referenciais distintos deste sistema de gestão, a independência do auditor face as áreas auditadas e os resultados de auditorias anteriores no domínio da qualidade e no domínio da segurança.

As metodologias, responsabilidades, critérios e registos encontram-se estabelecidos no PQ 11I - Auditorias Internas, do qual decorre o programa anual de auditorias.

Nota: O cliente institucional destes serviços (EDP) realiza auditorias ou avaliações análogas à prestação dos respectivos serviços, em regime anual, sendo as suas conclusões integradas na revisão pela gestão.

7. MELHORIA

- 7.1 Tratamento das Reclamações
- 7.2 Não-conformidades e Acções Correctivas
- 7.3 Investigação de Incidentes

7. MELHORIA

7.1 TRATAMENTO DE RECLAMAÇÕES

O tratamento às reclamações e aos recursos sobre decisões de avaliação técnica tomadas, que os clientes e/ou as partes interessadas formalizem, é igualmente efectuado neste domínio, através das metodologias, responsabilidades e registos estabelecidos no PQ 08I - Processos de Reclamações e Recursos.

7. MELHORIA

7.2 NÃO-CONFORMIDADES E ACÇÕES CORRECTIVAS

As prestações de serviços não-conformes, bem como as situações de desvio em relação aos requisitos da prestação de serviço e da organização em relação aos requisitos da norma de referência são tratadas como oportunidades de melhoria, procurando a causa e desencadeando as medidas necessárias para prevenir a re-ocorrência e a identificação de outras situações similares que possam ocorrer.

Para além da reacção de controlo e correcção da não-conformidade, serão avaliadas as consequências e analisada as causas, incluindo a verificação sobre a eventual existência de outras situações similares, tendo em conta as quer situações reais ou as situações potênciais.

As metodologias, responsabilidades, registo e avaliação da eficácia das medidas tomadas encontram-se estabelecidas no procedimento PQ 12I - Acções Correctivas e Preventivas.

7. MELHORIA

7.3 INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTES

Perante a ocorrência de incidentes, revelados por qualquer forma ou indício, é desencadeado um registo inicial através do DQ 45 - Registo de Ocorrência, sendo desencadeado o procedimento **PS 6 - Investigação de Incidentes**.

As actividades de investigação e análise são conduzidas pelo Gestor da Qualidade e Segurança, orientadas para a determinação das causas do incidente e a identificação de eventuais deficiências do SGQS subjacentes ao incidente, bem como de outros factores de circunstância que possam ter contribuído.

Em caso de incidente com gravidade (afecção de saúde e/ou diminuição da disponibilidade de recursos para o trabalho planeado), é desencadeada acção correctiva prevista no PQ 12I - Acções Correctivas e Preventivas, sendo os resultados destas acções comunicadas a todas as partes envolvidas, incluindo as que forem identificadas como partes interessadas.

8. VOCABULÁRIO, SIGLAS E SIGNIFICADOS

É adoptado o vocabulário, termos e definições da norma NP EN ISO 9000, na versão actualizada.

Siglas utilizadas neste Manual da Qualidade e Segurança:

EIIEEL	Entidade Inspectoradora de Instalações Eléctricas
EPI	Equipamento de Protecção Individual
SST	Saúde e Segurança no Trabalho
QS	Qualidade e Segurança
SGQS	Sistema de Gestão da Qualidade e da Segurança
CSO	Coordenação da Segurança em Obra
DIES	Departamento de Inspeção, Energia e Segurança
I&E	Inspeção e Energia
TR	Técnico Responsável

Nota: São ainda usadas outras siglas que incorporam a designação social de entidades (tal como LIQ, EDP ou DGEG), ou que constituem a terminologia corrente adoptada (tal como SWOT, ISO, OHSAS).

9. LISTA DE REVISÕES DO MANUAL

Data	Rev	Resumo das Alterações
2017 maio 30	01	Edição inicial
2018 maio 30	02	Redenominação do DIES. Extinção da CERTIEL.