

# **PROGRAMA DE INTEGRIDADE**

FUNDAÇÃO  
SERVIÇOS DE  
SAÚDE DE MATO  
GROSSO DO SUL

**2025**



**Governador do Estado de Mato Grosso do Sul**

Eduardo Corrêa Riedel

**Vice-Governador do Estado**

José Carlos Barbosa

**Secretário de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul**

Maurício Simões Corrêa

**Diretora-presidente da FUNSAU**

Marielle Alves Corrêa Esgalha

**Diretor-geral do HRMS**

Paulo Eduardo Limberger

**Diretora Técnica do HRMS**

Patrícia Rubini

**Diretor Clínica Médica do HRMS**

Sergio Couto

**Diretora de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional do HRMS**

Roberta Alves Higa

**Diretora Administrativa do HRMS**

Melissa Carolina Durau Rodrigues Macedo

**Diretora Clínica de Enfermagem do HRMS**

Cristiane Costa Schossler

**Diretora de Finanças do HRMS**

Marcia Maria Ferreira Baroni

**Elaboração, Organização e Informações:**

Grupo de Trabalho para implantação do *Compliance* Público na FUNSAU

**Orientação Técnica:**

Diretoria-Geral de Governança e *Compliance* da CGE/MS

Cauê Varesqui Zeferino

Cordon Luiz Capaverde Junior

Florismar Caixeta de Castro

**Revisão:**

Carine Beatriz Giaretta

**Aprovação:**

Comitê Setorial de *Compliance* Público da FUNSAU

# LISTA DE SIGLAS

---

FUNSAU - Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul;  
HRMS - Hospital Regional de Mato Grosso do Sul;  
CSC - Comitê Setorial de Compliance;  
SUS - Sistema Único de Saúde;  
PCP - Programa de Compliance Público;  
GT - Grupo de Trabalho;  
CJUR - Coordenadoria Jurídica;  
DEPQI - Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional;  
GGP - Gerência de Gestão de Pessoas;  
DAD - Diretoria Administrativa;  
SAU - Serviço de Atendimento ao Usuário.  
DFI - Diretoria Financeira;  
DTEC - Diretoria Técnica;  
AEP/GAB - Assessoria Especial da Presidência;  
ASS/GAB - Assessoria do Gabinete;  
POP - Procedimento Operacional Padrão.

# SUMÁRIO

---

**05** Mensagem da  
Diretora-Presidente

**07** Programa de  
Integridade

**12** Ambiente de  
Integridade

**15** Objetivos

**17** Eixos  
temáticos

**29** Execução e  
Monitoramento das  
ações de Integridade

**31** Validação do  
Programa de  
Integridade

**32** Instituição do  
Grupo de Trabalho

**08** Conhecendo a  
FUNSAU e o HRMS

**14** Visão do Programa  
de Integridade

**16** Estrutura de Governança  
e de Gestão do Programa  
de Integridade

**18** Programa de  
Integridade

**30** Revisão e atualização  
do Programa de  
Integridade

**32** Anexo -  
Consolidação  
das Ações

# MENSAGEM DA DIRETORA-PRESIDENTE

---

O Programa de Integridade da Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul (FUNSAU) é uma iniciativa importante para reforçar nosso compromisso com uma gestão pública transparente, eficiente e sempre voltada a atender às necessidades da sociedade.

A partir deste programa, o objetivo é fortalecer o controle interno, gerenciar melhor os riscos e prevenir irregularidades. É uma ferramenta que garante que nossas ações administrativas sejam conduzidas com segurança, dentro das normas e com total transparência. Além disso, busca aumentar a confiança da sociedade na qualidade dos serviços que oferecemos.

Com a publicação deste programa, reafirmamos nosso compromisso com a ética, o combate à corrupção e a promoção de um espaço mais aberto para a participação social. Esses princípios são essenciais para dar legitimidade às nossas ações e manter a confiança da população no trabalho que realizamos.

O sucesso do Programa de Integridade, no entanto, depende da participação de todos. A responsabilidade por adotar práticas éticas e alinhadas ao interesse público é de cada um de nós. Apenas com o envolvimento de todos os servidores será possível consolidar um ambiente de trabalho íntegro e comprometido com nossos deveres institucionais.

Convido cada um de vocês a se engajar nessa iniciativa. Juntos, podemos garantir que a FUNSAU e o HRMS continue a ser uma referência em gestão e atendimento, sempre a serviço da sociedade.

**Marielle Alves Corrêa Esgalha**  
Diretora-presidente da FUNSAU

# INSTITUIÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO

A criação do Grupo de Trabalho foi por meio da **PORTARIA Nº 224**, de 10 de julho de 2024, publicado no D.O.E. 14.554, de 12 de julho de 2024 (p. 93), que instituiu e designou o Grupo de Trabalho destinado à implantação do Compliance Público, no âmbito da Fundação Serviços de Saúde de MS (FUNSAU).

Servidores	Matrícula	Setor
Carine Beatriz Giaretta (Coordenador)	427488032	Assessoria Especial da Diretoria da Presidência
Karine Domingos de Araújo	814713021	Assessoria da Diretoria Administrativa
Elenize Roman de Arruda	52309021	Gerência de Planejamento Estratégico da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional
Márcia Sá de Araújo	129013021	Gerência de Execução Orçamentária e Financeira da Diretoria Financeira
Karina Machado da Silva	66358022	Gerência de Compras da Diretoria Financeira
Vanessa de Mesquita e Sá	121954022	Coordenadoria Jurídica da PGE na FUNSAU
Layssa Beatriz Cruz de Freitas	816273021	Assessoria Especial da Presidência

# PROGRAMA DE INTEGRIDADE

---

A implantação da Política de Compliance Pública vem sendo discutida pelo Estado de Mato Grosso do Sul desde 2015, quando ocorreu a criação do Conselho de Governança do Estado, mediante o Decreto n. 14.162, de 22 de abril de 2015, que garantiu a transversalidade, a integração e a efetividade das ações governamentais.

No ano de 2024, a FUNSAU foi agraciada pelo formato que permitiu — e permite — que a integridade fosse discutida de forma transversal.

A Política de Compliance Pública (PCP) foi instituída no Estado de Mato Grosso do Sul pelo Decreto n. 16.582, de 10 de março de 2025, no qual foram formalmente definidos seus eixos estruturantes: integridade e gestão de riscos.

Os eixos estruturantes já estavam sendo desenvolvidos na FUNSAU desde 2024, com a assessoria da Controladoria-Geral do Estado. Dessa iniciativa, resultaram as publicações do *Apetite de Risco* — Deliberação CSC FUNSAU n. 1, de 3 de outubro de 2024 — e da *Política de Gestão de Risco* — Deliberação CSC FUNSAU n. 2, de 3 de outubro de 2024 —, ambos publicados no DOE n. 11.636, de 04 de outubro de 2024, nas páginas 80 e 81.

A estrutura organizacional foi consolidada para possibilitar a formatação do Programa de Integridade, que consiste em um conjunto de princípios, normas, procedimentos e mecanismos de prevenção, detecção e remediação de práticas de corrupção e fraude, irregularidades, ilícitos e outros desvios éticos e de conduta, bem como de violações a direitos, valores e princípios que impactam a confiança, a credibilidade e a reputação institucional.

Com a publicação da Resolução Conjunta CGE/SEGOV n. 2, de 14 de novembro de 2025, que estabelece regras e diretrizes para a implantação e a implementação dos eixos estruturantes da Política de Compliance Pública (PCP), instituída pelo Decreto n. 16.582, de 10 de março de 2025, ficou definitivamente delineada toda a estrutura da política e os eixos que compõem o Plano de Integridade.

Chegamos, assim, ao Programa de Integridade da FUNSAU, uma construção coletiva que vai além do Grupo de Trabalho instituído, desenvolvida com foco nas reais necessidades da FUNSAU e, consequentemente, do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, culminando na conclusão do programa.

Dessa forma, podemos comprovar que o Programa de Integridade da FUNSAU é um conjunto de normas, procedimentos e mecanismos para prevenção e detecção de condutas irregulares dentro da instituição. O plano de ação que compõe o programa organiza as medidas de integridade a serem adotadas pelo período de dois anos, podendo ser revistas sempre que necessário, com o objetivo de desenvolver um ambiente de integridade institucional saudável e transversal.

# 1. CONHECENDO A FUNSAU E O HRMS

---

A FUNSAU foi criada pelo Decreto n. 10.204, de 11 de janeiro de 2001, e alterada pelo Decreto n. 16.399, de 14 de março de 2024. O documento estabelece que o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul será administrado pela Fundação, caracterizando-o como uma instituição hospitalar organizada, com normas e rotinas bem definidas. Trata-se de um hospital 100% público e estadual, cuja missão é ser uma referência em todo o Estado, oferecendo assistência médico-hospitalar humanizada de nível terciário por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008, do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS. A atuação da instituição pauta-se na legislação vigente e nos princípios basilares da Administração Pública.

Atualmente, a regulação de leitos é realizada pelo Estado de Mato Grosso do Sul, conforme previsto na Portaria GM/MS n. 4.577, de 2 de julho de 2024, e na Portaria n. 3.390/2013, do Ministério da Saúde, que tratam e respaldam o gerenciamento de leitos. A mudança de gestão, aprovada pela Resolução n. 391/CIB/SES, teve como objetivo otimizar a utilização das vagas disponíveis e aumentar a rotatividade dentro de critérios técnicos. O HRMS conta com 362 leitos destinados a internações. O hospital é referência em Oncologia, Cardiologia, Gestação de Alto Risco, Nefrologia e tratamento de pacientes críticos, o que possibilitou a consolidação do maior hospital público de Mato Grosso do Sul.

Exclusivamente pelo SUS, o HRMS oferece atendimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, com serviços referenciados em Nefrologia, Obesidade Grave, Cuidados Neonatais, Oncologia Pediátrica, Cirurgia Cardiovascular, procedimentos especializados e Terapia Nutricional. Esses atendimentos são destinados a todo o Estado de Mato Grosso do Sul, e não apenas ao município de Campo Grande.

## Institucional

Considerando o disposto no Decreto nº 16.335, de 19 de dezembro de 2023, que dispõe sobre a política de governança e gestão estratégica da administração pública estadual direta, autárquica e fundacional, bem como o mapa estratégico aprovado mediante Portaria n.02/2025, publicada em 4 de Julho de 2025, no D.O n. 11.847 (pág.141), foram estabelecidas as ferramentas de gestão da FUNSAU, com identificação da missão, visão e valores da instituição, que teve atualização no ano de 2021, após oficina de planejamento.



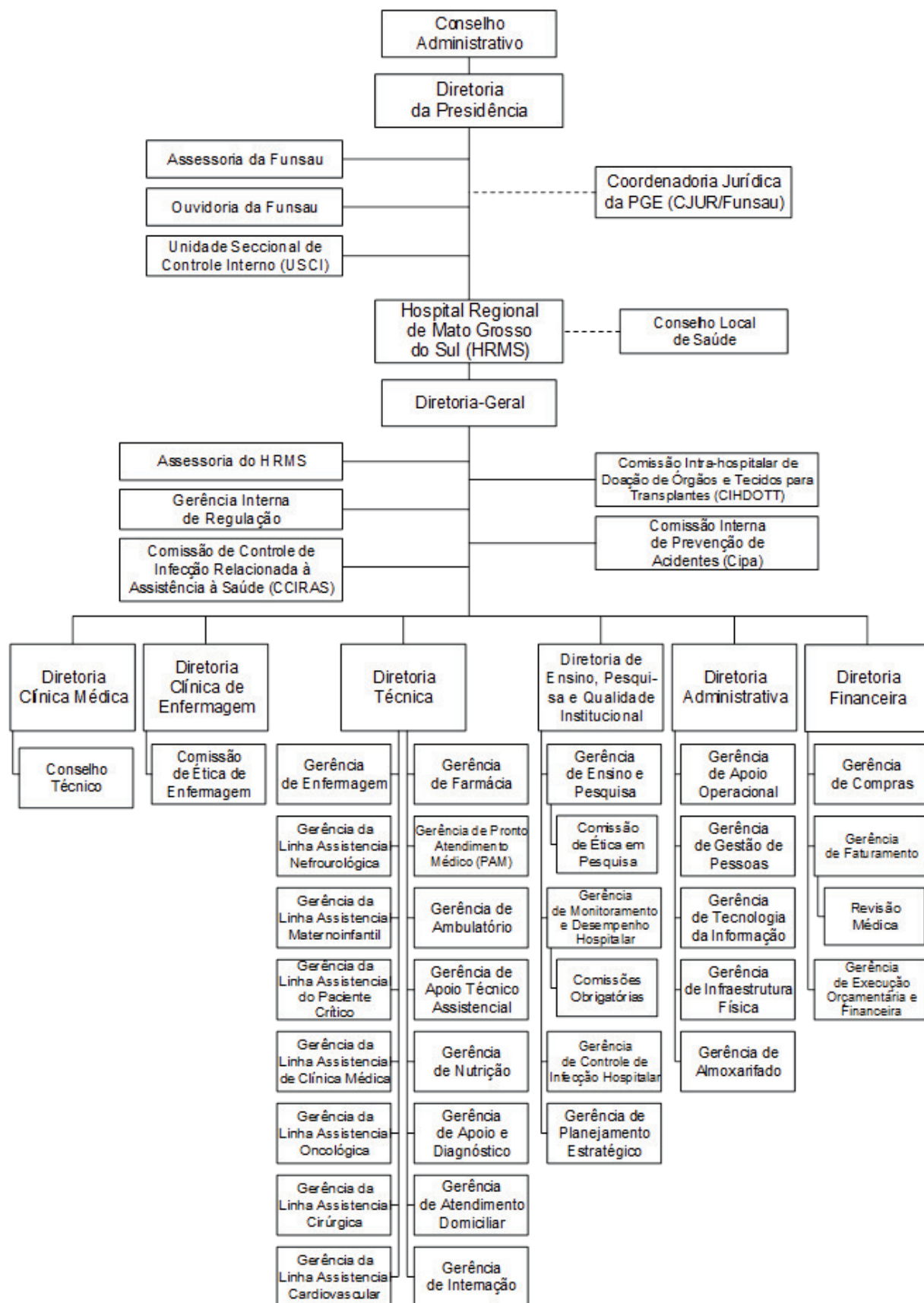


## 1.1 Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da FUNSAU está dividida nos termos do art. 7º Capítulo V do Decreto n. 16.399, de 14 de março de 2024. Na estrutura, há um órgão colegiado de direção superior denominado de Conselho Administrativo.

Em seguida, vem a Diretoria da Presidência, à qual estão vinculadas a Ouvidoria, a Unidade de Controle Interno e a Coordenadoria Jurídica da Presidência.

Ao HRMS, estão subordinadas a Diretoria Geral, Conselho Local de Saúde e as Diretorias: Clínica, Enfermagem Clínica, Técnica, Financeira, Administrativa e Pesquisa, Ensino e Qualidade. A cada Diretoria estão vinculadas diversas Gerências.



Fonte: Decreto nº 16.399, de 14 de março de 2024.

## 1.2 Competências

As respectivas competências estão elencadas no art. 8º em diante do Decreto n. 16.399, de 14 de março de 2024. O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul está subordinado diretamente ao Diretor-Presidente da FUNSAU, sendo um nosocômio de média e alta complexidade com objetivo de prestar assistência médica aos pacientes do Estado de Mato Grosso do Sul que forem encaminhados mediante sistema de regulação.

A Fundação Serviços em Saúde tem todo seu sistema direcionado para o atendimento das demandas do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, como resta estabelecido no Decreto de criação já citado.

Art. 17. O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), diretamente subordinado ao Diretor-Presidente da FUNSAU, tem como objetivo prestar assistência médica preventiva e curativa nas diversas áreas de saúde.

Art. 18. O HRMS tem como objetivo:

- I - prestar assistência médica preventiva e curativa nas diversas áreas da saúde, além de outros serviços no âmbito de sua especialidade;
- II - promover a interação das funções que lhe são próprias e de atividades específicas da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, ensejando-lhe a possibilidade de colaborar na ministração de cursos de graduação e pós-graduação, além de proporcionar residência médica a profissionais, estágios a estudantes e integração docente-assistencial em política de saúde coletiva;
- III - realizar pesquisas de interesse da comunidade em que se insere;
- IV - desenvolver projetos culturais e científicos e programas de extensão universitária;
- V - servir de referência aos serviços de saúde dos municípios, dentro do seu nível de complexidade, e na estrutura do sistema de saúde de Mato Grosso do Sul, em todas as áreas de responsabilidade de gestão estadual.

## 2. AMBIENTE DE INTEGRIDADE

---

A missão primária de toda instituição hospitalar ancora-se na manutenção da vida e na promoção da saúde, exigindo máxima probidade e confiança irrestrita da sociedade. No contexto da saúde, falhas de integridade podem acarretar consequências catastróficas, não apenas financeiras e reputacionais, mas, sobretudo, na qualidade assistencial e na segurança do paciente. Assim, a iniciativa de estruturar este ambiente de controle é uma decisão estratégica de governança. Ela sinaliza aos stakeholders — pacientes, familiares, fornecedores, órgãos reguladores e equipe interna — que a integridade é consolidada como valor inegociável e princípio orientador de todas as condutas no âmbito do Hospital Regional.

Na gestão pública de saúde, o Ambiente de Integridade define-se como um sistema articulado de princípios, normas e estruturas de controle destinados a fomentar a ética organizacional e prevenir irregularidades. Mais do que a formalização de documentos, como Códigos de Conduta, o foco reside na efetiva internalização dessas diretrizes na rotina dos servidores. O objetivo é estabelecer um clima organizacional onde a integridade seja o comportamento padrão e onde existam mecanismos robustos para dissuadir qualquer quebra de conduta.

A integridade materializa-se na estrita observância dos princípios constitucionais da Administração Pública — legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência — contextualizados à realidade assistencial. Na prática, isso impõe transparência nos processos licitatórios, critérios técnicos e equidade na regulação de leitos, além de tolerância zero a irregularidades. A consolidação deste cenário demanda políticas robustas de Governança, Riscos e Compliance (GRC), que operam de forma sistêmica para assegurar o alcance dos objetivos institucionais sob a rígida égide da ética.

A estrutura de integridade a ser instituída deve possuir escopo abrangente, mitigando tanto riscos de corrupção quanto vulnerabilidades éticas operacionais. O foco estende-se à proteção de dados sensíveis dos pacientes, à gestão de conflitos de interesses na indicação de insumos e à integridade dos registros em prontuários. Esse modelo fundamenta-se na premissa de que a conformidade é transversal: do gestor responsável por decisões orçamentárias à equipe assistencial na ponta, cada servidor deve se reconhecer e atuar como um agente de defesa da integridade institucional.

Para o diagnóstico do ambiente de integridade da FUNSAU e do Hospital Regional, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Aplicação de questionários baseados nos eixos do Plano de Integridade;

- Mapeamento de riscos nos processos de aquisições;
- Auditoria da conformidade dos registros em prontuários médicos;
- Verificação da adequação à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);
- Análise das manifestações de Ouvidoria;
- Levantamento dos processos administrativos disciplinares e de ética.

A partir do diagnóstico preliminar e da análise de resultados, o Grupo de Trabalho identificou oportunidades de melhoria que apontam para a necessidade de fortalecimento das estruturas de governança e transparência, visando ao amadurecimento da cultura de integridade já existente na FUNSAU e no Hospital Regional.

Por outro lado, também foram identificadas forças a serem potencializadas, visto que os servidores relatam receber instruções claras para o desempenho de suas funções e conhecer o código de conduta vigente nas áreas administrativa e assistencial do Hospital Regional e da FUNSAU — entidade à qual o Hospital é subordinado, possuindo total dependência financeira e administrativa.

Nesse contexto, a instituição do Programa de Integridade e de seu Plano de Execução consolida-se como o instrumento fundamental para operacionalizar o ambiente ético da organização. A estrutura foi pensada para ser coesa, funcional e aderente à realidade multifacetada do Hospital Regional. Para garantir sua eficácia, esta primeira edição prioriza a clareza e a comunicação dos pilares centrais, fundamentada no apoio irrestrito da Gestão Estratégica. Esta liderança não apenas valida o Plano, mas ratifica seu comprometimento ao garantir o suporte institucional indispensável para a perenidade do programa.

Esta fase inicial, marcada pela publicação dos documentos estruturantes, constitui um marco estratégico de evolução. Nesta etapa, a Gestão Estratégica assume o compromisso de materializar princípios éticos em processos auditáveis e rotinas operacionais rigorosas. Trata-se de alicerçar uma cultura de compliance perene, plenamente aderente às complexidades e às exigências regulatórias do setor saúde.

## 3. VISÃO DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE

---

A preocupação e o cuidado com a integridade e a ética na assistência à saúde devem levar em conta as múltiplas formas de relacionamento entre os agentes envolvidos e os prestadores de serviços do setor, bem como os diversificados interesses e os valores econômicos envolvidos e o ritmo das mudanças que fazem parte do cenário atual.

Além de enfrentarem desafios de sustentabilidade, concorrência e expectativas da sociedade em relação ao exercício da responsabilidade social, a FUNSAU e o HRMS têm outras tarefas importantes, que dentre elas, está a de assegurar a existência de um modelo operacional que atenda aos mais elevados padrões de preservação da integridade e da ética, sempre com lisura e responsabilidade.

Portanto a visão do futuro para a FUNSAU e HRMS é ter um programa de integridade difundido que influenciará positivamente as diversas atividades cotidianas, como o processo de compras, os modelos de remuneração, as iniciativas de redução de custos, a gestão do acesso à saúde, a proteção da privacidade e a segurança do paciente além da gestão do relacionamento com médicos, fornecedores, governo, pacientes e servidores.



## 4. OBJETIVOS

---

O objetivo do Programa de Integridade da FUNSAU é descrito com os seguintes pontos:

**1**

Promover um ambiente organizacional ético e transparente, fundamentado nos princípios de integridade e conformidade.

**2**

Fortalecer a governança e a gestão de riscos, aprimorando os controles internos e processos institucionais.

**3**

Disseminar a cultura de integridade entre os servidores, promovendo comportamentos alinhados aos valores institucionais.

**4**

Garantir excelência nos serviços prestados, contribuindo para a confiança e satisfação da sociedade com o hospital.

**5**

Orientar e monitorar o cumprimento da legislação vigente, assegurando a conformidade com as normativas aplicáveis.

**6**

Promover a observância das orientações do Manual de Ética e das legislações pertinentes a cada caso concreto.

**7**

Realizar campanhas de comunicação e programas de educação permanentes, fortalecendo a cultura de integridade e ética na instituição.

# 5. ESTRUTURA DE GOVERNANÇA E DE GESTÃO DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE

Para a estruturação do presente programa tem-se o Comitê Setorial de Compliance (CSC), que foi instituído pela Portaria n. 223, de 10 de Junho de 2024, que executa e monitora o Programa de Compliance Público (PCP), sendo o Programa de Integridade um dos eixos que compõe o PCP.

O Comitê Setorial de Compliance foi instituído com o objetivo de implantar, acompanhar e fomentar as práticas do Programa de Integridade Pública da FUNSAU/MS, cujos objetivos e competências estão delineados no art. 4º da Portaria n. 223, de 10 de julho de 2024.

- Art. 4º Compete ao Comitê Setorial de Compliance Público:
- I – indicar servidores para constituição do Grupo de Trabalho (GT) responsável pelas atividades de implantação do Compliance Público, a serem designados pelo dirigente máximo;
  - II – fomentar, de maneira contínua, as práticas de integridade pública e de gestão de riscos;
  - III – estimular a cultura da integridade pública e da gestão de riscos;
  - IV – no que se refere à **integridade pública**:
    - a) aprovar o cronograma de atividades do GT relativas à implantação da integridade;
    - b) acompanhar a implantação e execução das ações relativas à integridade;
    - c) aprovar o Programa e Plano de Integridade;
    - d) dar publicidade e divulgar o Programa de Integridade da instituição;
    - e) monitorar o Plano de Integridade, por meio do recebimento trimestral da “Planilha de Execução das Ações”, elaborada pelos respectivos responsáveis pelas ações;
    - f) aprovar as revisões e atualizações do Programa de Integridade da Secretaria de Estado de Saúde.
  - V – no que se refere à **gestão de riscos**:
    - a) promover ampla discussão sobre as estratégias relacionadas à gestão de riscos e as ações para sua implementação;
    - b) direcionar e acompanhar o estabelecimento, a manutenção, o monitoramento contínuo, a avaliação, a revisão e o aprimoramento da gestão de riscos;
    - c) disponibilizar recursos e promover a integração entre as partes interessadas e o desenvolvimento contínuo dos servidores;
    - d) incentivar o alinhamento da gestão de riscos aos padrões de ética e de conduta;
    - e) aprovar o cronograma das atividades do GT relativas à implantação da gestão de riscos;
    - f) aprovar a Política de Gestão de Riscos e as suas revisões;
    - g) identificar e priorizar processos para o ciclo de gerenciamento de riscos;
    - h) indicar gestor de riscos, que, preferencialmente, tenham conhecimento de gestão de riscos e dos processos da Unidade;
    - i) aprovar a Declaração de Appetite a Riscos e suas revisões;
    - j) aprovar os Planos de Tratamento;
    - k) supervisionar a atuação das demais instâncias da gestão de riscos;
    - l) monitorar trimestralmente o gerenciamento de riscos, por meio do recebimento do Plano de Monitoramento, atualizado pelos respectivos gestores de riscos;
    - m) dirimir conflitos de atuação na gestão de riscos; e
    - n) incentivar o acompanhamento dos resultados da gestão de riscos por meio de indicadores, entre outros.



# 6. EIXOS TEMÁTICOS DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE

---

## Eixo 1

Compromisso com a  
Integridade

## Eixo 2

Governança, gestão de  
riscos e controle

## Eixo 3

Transparência, controle  
social e canal de  
denúncias

## Eixo 4

Procedimentos de  
responsabilização

## Eixo 5

Ética e conflitos de  
interesse

## Eixo 6

Promoção da cultura da  
integridade

## Eixo 7

Prevenção, detecção e  
tratamento de riscos de  
integridade

Foi estabelecido com a Controladoria-Geral do Estado que os quatro primeiros eixos de integridade serão trabalhados em 2024 e os eixos 5,6,7 serão trabalhados no ano de 2025, e a execução e acompanhamento deverão ser realizadas em dois anos a contar de 2026.

# 7. PLANO DE INTEGRIDADE

---

No ano de 2024 em parceria com a Controladoria Geral do Estado, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, iniciou o estudo sobre o programa de integridade. Após várias discussões, chegou-se ao plano de integridade a seguir. Ter um sistema íntegro é estar cumprindo com as normativas que o norteia para o regular funcionamento.

Logo, o plano de integridade é o documento que contém as medidas necessárias para prevenir, detectar e tratar os casos de quebra de integridade e que, portanto, materializa o programa de integridade.

## Eixo 1

### Compromisso com a integridade

Neste eixo foi avaliado o conhecimento dos servidores sobre o programa de integridade, compromisso e fluxos de trabalhos. Verificamos que o conhecimento do fluxo de trabalho é de 58,8% dos servidores. 56% responderam que recebem instruções claras sobre o que devem fazer, porém o número de servidores que não tiveram nenhuma capacitação para iniciar o trabalho é de 71,2%.

O compromisso com a integridade exige a realização de pesquisas sobre o clima organizacional, a satisfação dos colaboradores e as condições físicas de trabalho. No entanto, constatamos que 40% dos servidores afirmaram não ter conhecimento sobre essas pesquisas, o que indica uma necessidade urgente de revisar e aprimorar a execução das investigações sobre o clima organizacional.

# Ação 1

## REVISAR E PUBLICAR O CÓDIGO DE ÉTICA DO HRMS

### Descrição das Atividades:

- 1.1 Revisar a minuta;
- 1.2 Validação com a Diretoria;
- 1.3 Publicação;
- 1.4 Divulgação.

**Unidade responsável:** Diretoria da Presidência da FUNSAU (DPR)

**Unidade de Apoio:** Coordenadoria Jurídica da FUNSAU (CJUR/FUNSAU) e Diretoria de Pesquisa, Ensino e Qualidade Institucional (DEPQI).

**Objetivos da ação:** Concluir a revisão do Código de Ética do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e realizar ampla divulgação entre a população local que envolvem os servidores e aos servidores também, com objetivo de aprimorar as condutas inerentes aos profissionais concursados e contratados de todo o âmbito hospitalar.

# Ação 2

## INTEGRAR MENSAGENS NAS PUBLICAÇÕES OFICIAIS

### Descrição das Atividades

- 2.1 Elaboração da minuta e aprovação;
- 2.2 Aplicação;
- 2.3 Definir os materiais em que serão vinculados as mensagens da Diretora-presidente;
- 2.4 Divulgação.

**Unidade responsável:** Assessoria de Comunicação (Ascom)

**Unidade de Apoio:** Todas as Diretorias do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

### Objetivos da ação:

A ação busca fortalecer a identidade institucional do hospital, assegurando que todas as comunicações reflitam de forma coerente seus valores, missão e visão. Busca-se padronizar a linguagem, o tom e o conteúdo das publicações, promovendo uma comunicação mais consistente e alinhada entre os diferentes canais. Além disso, a ação pretende ampliar a percepção de propósito da instituição, evidenciando seu compromisso com o atendimento humanizado, a qualidade assistencial e a inovação em saúde.

# Ação 3

## INSTITUIR OFICIALMENTE PLANO DE SUCESSÃO

### Descrição das Atividades

- 3.1 Elaborar o Plano de Sucessão;
- 3.2 Validar com a Diretoria do HRMS;
- 3.3 Aprovação junto ao Conselho Administrativo da FUNSAU.

**Unidade responsável:** Diretoria da Presidência

**Unidade de Apoio:** Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI)

**Objetivos da ação:** Mitigar riscos de descontinuidade administrativa e técnica, contribuindo para a estabilidade e eficácia da administração pública, promovendo uma gestão mais eficiente e responsiva às necessidades da sociedade.

## Ação 4

### OTIMIZAR DIMENSIONAMENTO DOS SERVIDORES

#### Descrição das Atividades

- 4.1 Identificar o perfil profissional para lotação no setor adequado e realizar o enquadramento no setor;
- 4.2 Dimensionamento de pessoal;
- 4.3 Relatório da análise e dimensionamento para apresentação à presidência do HRMS;
- 4.4 Implementação correta da escala.

**Unidade responsável:** Gerência de Gestão de Pessoas (GGP)

**Unidade de Apoio:** Diretoria Administrativa (DAD), Gerências dos Setores, Gerência de Tecnologia da Informação (GTI) e Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI)

**Objetivos da ação:** Todas as ações em conjunto visam o melhor aproveitamento das habilidades técnicas e comportamentais dos servidores em cada setor, reduzindo assim a rotatividade e promovendo o desenvolvimento dos servidores para assumir posições de liderança na instituição.

## Ação 5

### ELABORAR CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DE OCUPANTES DE CARGOS DE DIREÇÃO/ FUNÇÃO DE CHEFIA

#### Descrição das Atividades

- 5.1 Estudar outros materiais;
- 5.2 Elaborar o plano;
- 5.3 Aprovação.

**Unidade responsável:** Diretoria Administrativa (DAD) e Gerência de Gestão de Pessoas (GGP)

**Unidade de Apoio:** Gerências dos setores e Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI)

**Objetivos da ação:** Desenvolver o servidor para ocupar cargos de gestão, construindo equipes de alta performance.

## Ação 6

### ELABORAR MEDIDAS PARA DESLIGAMENTO E MOVIMENTAÇÃO DE SERVIDORES

#### Descrição das Atividades

6.1 Elaborar a minuta do Procedimento Operacional Padrão (POP);

6.3 Publicação.

**Unidade responsável:** Gerência de Gestão de Pessoas (GGP)

**Unidade de Apoio:** Gerência de Tecnologia da Informação (GTI) e Diretoria Administrativa (DAD)

**Objetivos da ação:** Normatizar os processos que envolvem a movimentação do servidor e seu desligamento.

## Ação 7

### IDENTIFICAR A SATISFAÇÃO DOS TRABALHADORES

#### Descrição das Atividades

7.1 Elaborar questionário;

7.2 Aplicar o questionário aos servidores;

7.3 Compilar os dados;

7.4 Apresentar os dados à presidência;

7.5 Divulgar internamente o resultado;

7.6 Executar as medidas com base no resultado.

**Unidade responsável:** Gerência de Gestão de Pessoas (GGP)

**Unidade de Apoio:** Diretoria Administrativa (DAD)

**Objetivos da ação:** Avaliar o nível de satisfação e bem-estar dos trabalhadores para compreender suas percepções sobre o ambiente de trabalho e as condições laborais, visando coletar informações que possam embasar futuras ações de melhoria.

## Eixo 2

### Governança, Controles Internos e Gestão de Riscos

## Ação 8

### REVISAR O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HRMS

#### Descrição das Atividades

8.1 Atualizar o planejamento estratégico;

8.2 Disponibilizar, acompanhar, monitorar e avaliar os indicadores do Planejamento Estratégico.

**Unidade responsável:** Diretorias do HRMS

**Unidade de Apoio:** Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI)

**Objetivos da ação:** Revisar o planejamento estratégico do Hospital Regional anualmente com o envolvimento de todas as diretorias e com isso aprimorar a execução dos objetivos coletivos com a realização aprazada.

## Ação 9

### **CRIAR POLÍTICA DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO**

#### **Descrição das Atividades**

9.1 Desenvolvimento da Política de Segurança da Informação da FUNSAU, de acordo com a Política de Segurança da Informação-PSI do Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, abordando controle de acesso a sistemas e prédios, considerando a LGPD.

9.2 Levantamento da estrutura organizacional e informações dos sistemas utilizados pelo órgão;

9.3 Definir critérios e fluxo para solicitação de acesso e bloqueio de acesso aos sistemas;

9.4 Sugerir ações para aprimorar o controle de acesso aos prédios;

9.5 Publicação da Política de Segurança da Informação;

9.6 Divulgação, conscientização e capacitação.

**Unidade responsável:** Gerência de Tecnologia da Informação (GTI)

**Unidade de Apoio:** Diretoria Administrativa (DAD)

#### **Objetivos da ação:**

- Elaboração de uma Política de Segurança da Informação, com orientações objetivas de métodos e processos para o tratamento de dados e medidas de segurança apropriadas, em sequência, instituir a Política de Segurança da Informação da FUNSAU, formalizando por meio de publicação em Diário Oficial.
- Realizar a implementação e divulgação da Política de Segurança da Informação no órgão.
- Adequar a estrutura operacional e técnica da instituição para viabilizar e cumprir com todos os direitos que a LGPD garante ao titular do dado, para promover as boas práticas por meio de disponibilização de guias, processos, modelos e procedimentos relacionados à temática de Privacidade e Segurança da Informação.
- Fomentar ações de engajamento que visam promover a mudança cultural em todos os níveis da estrutura organizacional do órgão, por meio de sensibilização, conscientização e capacitação visando o adequado uso dos recursos de tecnologia da informação e na execução dos processos de trabalho referente à temática de Privacidade e Segurança da Informação.
- Por fim, será utilizado o apoio consultivo para elaboração da Política de Segurança da Informação por parte da SETDIG/SEGOV.

# Ação 10

## CRIAR O COMITÊ DE PROTEÇÃO DE DADOS

### Descrição das Atividades

- 10.1 Instituição do comitê, com sua composição, competências e atribuições;
- 10.2 Definir os integrantes;
- 10.3 Publicação do ato de nomeação;
- 10.4 Realizar capacitação.

**Unidade responsável:** Presidência e Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais

**Unidade de Apoio:** Diretoria Administrativa (DAD) e Gerência de Tecnologia da Informação (GTI)

### Objetivos da ação:

- Formalizar a criação do comitê por meio de publicação em Diário Oficial;
- Conduzir o Plano de Adequação da FUNSAU-MS à LGPD;
- Assegurar a conformidade legal relacionada ao tratamento de dados pessoais, minimizando riscos legais e financeiros;
- Fomentar a conscientização e treinamento contínuo dentro da organização, promovendo boas práticas de segurança da informação e proteção de dados pessoais entre os funcionários e colaboradores;
- Desenvolver, políticas, práticas e controles internos para proteger os dados pessoais contra acessos não autorizados, vazamentos e outros incidentes de segurança.

# Ação 11

## AMPLIAR A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

### Descrição das Atividades

- 11.1 Aplicar a pesquisa nos demais setores;
- 11.2 Realizar planos de ação de melhoria.

**Unidade responsável:** Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

**Unidade de Apoio:** Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI)

**Objetivos da ação:** Aprimorar e qualificar o atendimento ao usuário do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.

# Ação 12

## REALIZAR A PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS

### Descrição das Atividades

- 12.1 Priorizar os processos;
- 12.2 Orientar as unidades na elaboração dos documentos institucionais;
- 12.3 Seguir o fluxo de padrão dos documentos.

**Unidade responsável:** Todos os setores do HRMS

**Unidade de Apoio:** Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI) e Setor de Normalização (SNOR)

**Objetivos da ação:** Padronizar os fluxos dos documentos para garantir total instrução dos processos, proporcionando subsídios para a capacitação adequada e a mitigação de falhas.

## Eixo 3

### TRANSPARÊNCIA, CONTROLE SOCIAL E CANAL DE DENÚNCIAS

## Ação 13

### EVIDENCIAR AS SEGREGAÇÕES DE FUNÇÕES

#### Descrição das Atividades

13.1 Mapear processo;

13.2 Identificação das atividades em que há necessidade segregar a função;

13.3 Seguir o protocolo de padronização de documentos.

**Unidade responsável:** Todas as Diretorias do HRMS

**Unidade de Apoio:** Respektivas Gerências

#### Objetivos da ação:

- Garantir a independência e a imparcialidade nas decisões para estabelecer uma estrutura de segregação de funções que minimize a concentração de autoridade, do planejamento até a execução;
- Instituir a responsabilidade de cada área, afim de fortalecer a governança e o controle interno, promovendo a transparência e a accountability nas ações de gestão de pessoas.

## Ação 14

### PREPARAR O HRMS PARA A CERTIFICAÇÃO HOSPITALAR E PROGRAMAS DE QUALIDADE ESPECÍFICOS – ONA

#### Descrição das Atividades

14.1 Ampliar a ação da avaliação interna;

14.2 Implantar o Programa de qualidade na assistência do paciente.

**Unidade responsável:** Gerência de Planejamento Estratégico (GPE)

**Unidade de Apoio:** Setor de Qualidade e Segurança do Paciente e DEPQI

**Objetivos da ação:** Avaliar a conformidade dos setores do Hospital em relação aos critérios da ONA e legislações pertinentes, visando identificar oportunidades de melhoria e assegurar que as práticas adotadas atendam aos padrões de qualidade necessários para a certificação hospitalar.



# Ação 15

## GERIR OS RISCOS DOS PROCESSOS MAPEADOS

### Descrição das Atividades

- 15.1 Priorizar os processos mapeados de acordo com a Política de Gestão de Riscos da FUNSAU;
- 15.2 Selecionar os processos que receberão gerenciamento de riscos no semestre;
- 15.3 Análise do Ambiente;
- 15.4 Identificação dos Riscos;
- 15.5 Avaliação dos Controles;
- 15.6 Cálculo do Risco Residual e Evidenciação do Risco Inerente;
- 15.7 Definição das Respostas aos Riscos;
- 15.8 Elaboração do Plano de Tratamento de Controles;
- 15.9 Elaboração do Plano de Monitoramento.

**Unidade responsável:** Diretoria Administrativa (DAD), Diretoria Financeira (DFI), Diretoria Técnica (DTEC)

**Unidade de Apoio:** Respectivas Gerências

### Objetivos da ação:

- Garantir a aplicação sistemática da Política de Gestão de Riscos da FUNSAU nos processos mapeados, afim de identificar, avaliar e tratar os riscos que possam comprometer os objetivos institucionais da organização, para estabelecer planos de controle, tratamento e monitoramento eficazes para riscos priorizados.
- Promover a melhoria contínua dos processos por meio de uma gestão de riscos estruturada, fortalecendo a governança, a transparência e a tomada de decisão baseada em riscos, para que seja reduzido a exposição da FUNSAU a eventos adversos e aumentar a capacidade de resposta a incertezas.

## Eixo 4

### PROCEDIMENTOS DE RESPONSABILIZAÇÃO

# Ação 16

## ELABORAR O FLUXOGRAMA DE TRAMITAÇÃO PROCESSUAL PARA APURAR RESPONSABILIZAÇÃO DE SERVIDOR E DE PESSOA JURÍDICA

### Descrição das Atividades

- 16.1 Tomar como base o Manual de Sindicâncias e Processos Administrativos Disciplinares da Controladoria-Geral do Estado de Mato Grosso do Sul;
- 16.2 Mapear os setores pelos quais o pedido de apuração ou denúncia percorre até a abertura do procedimento;

16.3 Verificar os prazos para cada ato e desenhar o fluxo de tramitação do processo para envio à comissão que irá apurar a responsabilização;

16.4 Encaminhar os fluxos (pessoa física e jurídica) para aprovação da Diretoria Geral do Hospital Regional e Diretoria da Presidência da FUNSAU/MS;

16.5 Encaminhar o fluxo para o setor de padronização;

16.6 Publicar mediante portaria após padronização e aprovação.

**Unidade responsável:** Diretoria da Presidência da FUNSAU (DPR) e Diretoria-Geral do HRMS (DGE)

**Unidade de Apoio:** Assessoria Especial da Presidência (ASS/GAB) e Coordenadoria Jurídica da FUNSAU (CJUR/FUNSAU)

**Objetivos da ação:** Estabelecer o fluxograma de formas clara e objetiva para que as apurações de responsabilidades sejam tramitadas e concluídas dentro do prazo estabelecido em legislação.

## Eixo 5

### ÉTICA E CONFLITO DE INTERESSES

## Ação 17

### INTERNALIZAR O CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA DO AGENTE PÚBLICO DA FUNSAU

#### Descrição das Atividades

17.1 Criação da comissão de ética, após a publicação do código de ética;

17.2 Criar regimento da Comissão;

17.3 Capacitar a equipe designada para a comissão de ética;

17.4 Realizar campanhas, ações comunicacionais, eventos de divulgação;

17.5 Realizar avaliações periódicas sobre o código por meio de questionários e pesquisas de percepção;

17.6 Realizar capacitações para reciclagens periódicas sobre o código.

**Unidade responsável:** Diretoria da Presidência da FUNSAU (DPR) e Diretoria-Geral do HRMS (DGE)

**Unidade de Apoio:** Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI) e Assessoria Especial da Presidência (ASS/GAB)

**Objetivos da ação:** Estabelecer diretrizes claras de conduta e princípios éticos para todos os colaboradores do hospital, promovendo uma cultura de responsabilidade, transparência e respeito, além de orientar as práticas profissionais e a tomada de decisões no ambiente hospitalar.

# Eixo 6

## PROMOÇÃO DA CULTURA DE INTEGRIDADE

### Ação 18

#### **CRIAR UM PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO INTERNA E EXTERNA SOBRE ATIVIDADES DA INSTITUIÇÃO**

##### **Descrição das Atividades**

18.1 Definir públicos-alvo, objetivos de comunicação e mensagens-chave: Segmentar os públicos internos (servidores, chefias, novos colaboradores) e externos (sociedade, imprensa, órgãos de controle) e estabelecer os objetivos que o plano pretende atingir com cada um deles, junto com mensagens claras e coerentes com os valores institucionais;

18.2 Desenvolver estratégias, conteúdos e canais de comunicação eficazes para divulgar e fortalecer a integridade e o compliance, tanto no ambiente interno quanto externo, garantindo acessibilidade, alcance e clareza das mensagens;

18.3 Submeter o plano de comunicação à aprovação do Comitê de Governança e executá-lo, interna e externamente, por meio do setor de comunicação, com foco na promoção de cultura da integridade;

18.4 Utilizar dados da Ouvidoria e Comitê de Integridade para ajustar estratégias: Mensurar o engajamento, identificar lacunas de entendimento e garantir melhoria contínua da comunicação institucional sobre o tema.

**Unidade responsável:** Assessoria de Comunicação (Ascom)

**Unidade de apoio:** Diretoria da Presidência da FUNSAU (DPR)

**Objetivos da ação:** A iniciativa tem como finalidade elaborar um plano de comunicação institucional voltado à divulgação das ações da FUNSAU, com foco no fortalecimento da cultura de integridade, da ética e do compliance. A proposta visa ampliar a transparência e assegurar o acesso qualificado à informação por parte dos servidores, gestores e cidadãos, promovendo a construção de uma imagem institucional sólida e confiável.

A execução do plano contemplará estratégias comunicacionais bem definidas, com destaque para o uso estratégico das redes sociais e outros canais digitais, estimulando o engajamento e a participação.

O processo incluirá monitoramento contínuo, com ajustes baseados em análises de desempenho e retorno do público, contribuindo para o aperfeiçoamento da governança, o fortalecimento da comunicação interna e externa e a consolidação de um ambiente organizacional ético, transparente e alinhado às boas práticas públicas.

# Eixo 7

## PREVENÇÃO, DETECÇÃO E TRATAMENTO DE RISCOS DE INTEGRIDADE

### Ação 19

#### OPERACIONALIZAR A FERRAMENTA DE ANÁLISE DE RISCO

##### Descrição das Atividades

19.1 Capacitar as equipes.

**Unidade responsável:** Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI)

**Unidade de Apoio:** Gerências e Diretorias do Hospital Regional

**Objetivos da ação:** Analisar os riscos quando da execução do Plano de Integridade, utilizando-se de uma ferramenta moderna e eficaz.

# EXECUÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE INTEGRIDADE

## 8.1 Execução

A execução das ações do plano de integridade, que teremos dois anos para sua implantação e execução, consiste na aplicação pelos setores responsáveis e identificados no Plano, e terá o acompanhamento da execução realizado pelo Comitê Setorial de Compliance, a iniciar no ano de 2026 e término em 2028.

Com relação à ação nº 16, o prazo para execução será de três meses, a contar da data da publicação deste instrumento.

Função	Competência	Periodicidade
Execução	Unidades administrativas tecnicamente competentes e os responsáveis pelas ações de integridade	Permanente

## 8.2 Monitoramento

O monitoramento das ações do plano de integridade consiste no acompanhamento da execução realizado pelo Comitê Setorial de Compliance, a iniciar no ano de 2026.

Função	Competência	Periodicidade
Monitoramento	Comitê Setorial de Compliance	Bimestral

# REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE

## 9.1 Revisão

A revisão será feita sempre que necessário pelos responsáveis de cada ação com apresentação para o Comitê Setorial de Compliance.

Função	Competência	Periodicidade
Proposta de revisão	Responsáveis pelas ações	Sempre que necessário
Validação da revisão	Comitê Setorial de Compliance	Sempre que necessário

## 9.2 Atualização

A atualização ocorrerá no prazo de 24 (vinte e quatro) meses a contar de janeiro de 2026.

Função	Competência	Periodicidade
Atualização	Novo grupo de trabalho constituído	24 meses

# VALIDAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE

---

## TEXTO NOVO TRABALHO

Data de Início da elaboração pelo GT: 5/8/2024

Data de conclusão da elaboração pelo GT: 30/9/2025

Validação pelo Comitê Setorial de Compliance: 10/10/2025

## ANEXO – PLANO DE INTEGRIDADE – CONSOLIDAÇÃO DAS AÇÕES

PLANO DE INTEGRIDADE			
Eixo 1 - Compromisso com a Integridade.			
Nº	AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
1	Revisar e publicar o Código de Ética do HRMS	DIRETORIA DA PRESIDÊNCIA (DPR)	1.1- Revisar a minuta;
			1.2 - Validação com a Diretoria;
			1.3 - Publicação;
			1.4 – Divulgação.
2	Integrar mensagens nas publicações oficiais.	ASSESSORIA DA COMUNICAÇÃO (ASCOM)	2.1– Elaboração da minuta e aprovação;
			2.2 - Aplicação;
			2.3 - Definir os materiais que serão vinculados as mensagens da Diretoria Presidente;
			2.4 - Divulgação.
3	Instituir oficialmente Plano de sucessão.	DIRETORIA DA PRESIDÊNCIA (DPR)	3.1 – Elaborar o plano de sucessão;
			3.2 – Validar com a Diretoria do HRMS;
			3.3 – Aprovação do Conselho Administrativo da FUNSAU.
4	Otimizar dimensionamento dos servidores	GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS (GGP)	4.1 - Identificar o perfil profissional para lotação no setor adequado e realizar o enquadramento no setor;
			4.2 – Dimensionamento de pessoal;
			4.3 – Relatório da análise e dimensionamento para apresentação à Presidência do HRMS;
			4.4 – Implementação correta da escala.
5	Elaborar critérios para a seleção de ocupantes de cargos de direção/ função de chefia.	DIRETORIA ADMINISTRATIVA (DAD) E GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS (GGP)	5.1 – Estudar outros materiais;
			5.2 – Elaborar o plano;
			5.3 – Aprovação.
6	Elaborar medidas para desligamento e movimentação de servidores.	GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS (GGP)	6.1 - Elaborar a minuta do POP;
			6.2 – Publicação.
7	Identificar a satisfação dos trabalhadores.		7.1 - Elaborar questionário;
			7.2 – Aplicar o questionário aos servidores;



		<b>GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS (GGP)</b>	7.3 – Compilar os dados; 7.4 – Apresentar os dados à presidência; 7.5 – Divulgar internamente o resultado; 7.6 – Executar as medidas com base no resultado.
<b>Eixo 2 – Governança, Controles Internos e Gestão de Riscos</b>			
<b>Nº</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>UNIDADE RESPONSÁVEL</b>	<b>DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES</b>
<b>8</b>	Revisar o planejamento estratégico do HRMS.	<b>TODAS AS DIRETORIAS DO HRMS</b>	8.1 – Atualizar o planejamento estratégico; 8.2 - Disponibilizar, acompanhar, monitorar e avaliar os indicadores do Planejamento Estratégico.
<b>9</b>	Criar Política de Segurança da Informação	<b>GERÊNCIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (GTI)</b>	9.1 – Desenvolvimento da Política de Segurança da Informação da FUNSAU, de acordo com a Política de Segurança da Informação-PSI do Governo do Estado de Mato Grosso do Sul ( <a href="https://www.lgpd.ms.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/POLITICA-DE-SEGURANCA-DA-INFORMACAO-DO-ESTADO-DE-MS.pdf">https://www.lgpd.ms.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/POLITICA-DE-SEGURANCA-DA-INFORMACAO-DO-ESTADO-DE-MS.pdf</a> ), abordando controle de acesso a sistemas e prédios, considerando a LGPD; 9.2 – Levantamento da estrutura organizacional e informações dos sistemas utilizados pelo órgão; 9.3 – Definir critérios e fluxo para solicitação de acesso e bloqueio de acesso aos sistemas; 9.4 - Sugerir ações para aprimorar o controle de acesso aos prédios; 9.5 - Publicação da Política de Segurança da Informação; 9.6 - Divulgação, conscientização e capacitação.
<b>10</b>	Criar o Comitê de Proteção de Dados.	<b>DIRETORIA DA PRESIDÊNCIA E ENCARREGADO PELO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS</b>	10.1- Instituição do comitê, com sua composição, competências e atribuições; 10.2 - Definir os integrantes; 10.3- Publicação do ato de nomeação; 10.4- Realizar capacitação.
<b>11</b>	Ampliar a Satisfação dos usuários	<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU)</b>	11.1 – Aplicar a pesquisa nos demais setores; 11.2 – Realizar planos de ação de melhoria.
<b>12</b>	Realizar a padronização dos processos	<b>TODOS OS SETORES DO HRMS</b>	12.1 – Priorizar os processos; 12.2 – Orientar as unidades na elaboração de dados institucional e seguir o fluxo de padrão dos documentos.

**Eixo 3 – TRANSPARÊNCIA, CONTROLE SOCIAL E CANAL DE DENÚNCIAS.**

Nº	AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
13	Evidenciar as segregações de funções	TODAS AS DIRETORIAS DO HRMS	13.1 – Mapear processo;
			13.2 – Identificação das atividades em que há necessidade segregar a função;
			13.3 – Seguir o protocolo de padronização de documentos.
14	Preparar o HRMS para a certificação hospitalar e Programas de qualidade específicos – ONA.	GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO (GPE)	14.1 – Ampliar a ação da avaliação interna;
			14.2 - Implantar o Programa de qualidade na assistência do paciente.
15	Gerir os Riscos dos Processos Mapeados	DIRETORIA ADMINISTRATIVA (DAD); DIRETORIA FINANCEIRA (DFI) E DIRETORIA TÉCNICA (DTEC)	15.1 – Priorizar os processos mapeados de acordo com a Política de Gestão de Riscos da FUNSAU;
			15.2 - Selecionar os processos que receberão gerenciamento de riscos no semestre;
			15.3 - Análise do Ambiente;
			15.4 - Identificação dos Riscos;
			15.5 - Avaliação dos Controles;
			15.6 - Cálculo do Risco Residual e Evidenciação do Risco Inerente;
			15.7 - Definição das Respostas aos Riscos;
			15.8 - Elaboração do Plano de Tratamento de Controles;
			15.9 - Elaboração do Plano de Monitoramento;

**Eixo 4 – PROCEDIMENTO DE RESPONSABILIZAÇÃO**

Nº	AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
16	Elaborar o fluxograma de tramitação processual para apurar responsabilização de servidor e de pessoa jurídica	DIRETORIA DA PRESIDÊNCIA DA FUNSAU (DPR) E DIRETORIA GERAL DO HRMS (DGE)	16.1 - Tomar como base o Manual de Sindicâncias e Processos Administrativos Disciplinares da Controladoria Geral do Estado de Mato Grosso do Sul;
			16.2 - Mapear os setores pelos quais o pedido de apuração ou denúncia percorre até a abertura do procedimento;
			16.3 - Verificar os prazos para cada ato e desenhar o fluxo de tramitação do processo para envio à comissão que irá apurar a responsabilização;
			16.4 - Encaminhar os fluxos (pessoa física e jurídica) para aprovação da Diretoria Geral do Hospital Regional e Diretoria da Presidência da FUNSAU/MS;
			16.5 - Encaminhar o fluxo para o setor de padronização;

			16.6 - Publicar mediante portaria após padronização e aprovação.
Eixo 5 – ÉTICA E CONFLITO DE INTERESSES			
Nº	AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
17	Internalizar o código de conduta ética do agente público da FUNSAU.	DIRETORIA DA PRESIDÊNCIA (DPR) E DIRETORIA GERAL (DGE)	17.1 – Criação da comissão de ética, após a publicação do código de ética;
			17.2 - Criar regimento da Comissão;
			17.3 – Capacitar a equipe designada para a comissão de ética;
			17.4 - Realizar campanhas, ações comunicacionais, eventos de divulgação;
			17.5 - Realizar avaliações periódicas sobre o código por meio de questionários e pesquisas de percepção;
			17.6 - Realizar capacitações para reciclagens periódicas sobre o código.
Eixo 6 – PROMOÇÃO DA CULTURA DE INTEGRIDADE			
Nº	AÇÃO	UNIDADE RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
18	Criar um plano de comunicação para divulgação interna e externa sobre atividades da instituição.	ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO (ASCOM)	18.1 – Definir públicos-alvo, objetivos de comunicação e mensagens-chave: Segmentar os públicos internos (servidores, chefias, novos colaboradores) e externos (sociedade, imprensa, órgãos de controle) e estabelecer os objetivos que o plano pretende atingir com cada um deles, junto com mensagens claras e coerentes com os valores institucionais;
			18. 2 - Desenvolver estratégias, conteúdos e canais de comunicação eficazes para divulgar e fortalecer a integridade e o Compliance, tanto no ambiente interno quanto externo, garantindo acessibilidade, alcance e clareza das mensagens;
			18.3 – Submeter o plano de comunicação à aprovação do Comitê de Governança e executá-lo, interna e externamente, por meio do setor de comunicação, com foco na promoção de cultura da integridade;
			18. 4 – Utilizar dados da ouvidoria e comitê de integridade para ajustar estratégias: Mensurar o engajamento, identificar lacunas de entendimento e garantir melhoria contínua da comunicação institucional sobre o tema.
Eixo 7 – PREVENÇÃO, DETECÇÃO E TRATAMENTO DE RISCOS DE INTEGRIDADE			
19	Operacionalizar ferramenta de análise de risco	DIRETORIA DE ENSINO PESQUISA E QUALIDADE INSTITUCIONAL (DEPQI)	19.1 – Capacitar as equipes;



**SES**  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde

